HUITIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE



CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

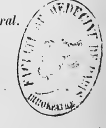
DE FRANCE

HUITIÈME SESSION

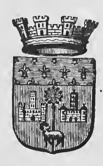
Tenue à Toulouse du 2 au 8 août 1897

PREMIÈRE PARTIE

Publiée par le **Dr Victor PARANT**, *Secrétaire général.*



RAPPORTS



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS-LIBRAIRES
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, 120

TOULOUSE
ÉDOUARD PRIVAT
LIBRAIRE-ÉDITEUR
45, Rue des Tourneurs, 45

1897

PREMIÈRE QUESTION

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Rapport du Dr F.-L. ARNAUD

MÉDECIN DIRECTEUR ADJOINT DE LA MAISON DE SANTÉ DE VANVES (SEINE)

« A mesure qu'on entre dans les délicatesses de ce sujet, qu'on approfondit davantage les détails et qu'on s'astreint à une plus fine comparaison, les obscurités s'accroissent.

« LASÈGUE. »

En me confiant le soin de rédiger un rapport sur « le diagnostic de la paralysie générale », le Congrès de Nancy m'a imposé une tâche lourde et difficile, en raison autant du nombre et de la complexité des problèmes soulevés que de la prodigieuse quantité de documents qui se rapportent au sujet. J'ai dû laisser entièrement de côté l'étude anatomique et me limiter à la partie clinique de la question qui peut se formuler ainsi : Etant donné un malade dont l'état éveille l'idée d'une paralysie générale, en vertu de quels signes pourra-t-on accepter ou repousser ce diagnostic? La question est double : elle comprend un diagnostic *positif* et un diagnostic *différentiel* ; le second n'est évidemment possible que si l'on est fixé sur le premier.

Certes, le diagnostic anatomique a une très grande importance ; mais, au point de vue des malades, des familles, et même du médecin, il est encore plus important d'être en mesure de se prononcer avant l'autopsie, laquelle est plutôt un procédé de vérification qu'un moyen de diagnostic. D'ailleurs, si tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que la lésion de la paralysie générale est une *méningo-encéphalite chronique dif-*

fuse, il y a doute sur la question de savoir si cette encéphalite est *interstitielle ou parenchymateuse*. Depuis quelques années, la théorie interstitielle, jusqu'alors triomphante, perd du terrain au profit de la théorie parenchymateuse (Tuczek, Zacher, Kéraval, Targowla, J. Dagonet, Klippel, Joffroy, Coulon, etc.). La question ne pourra être résolue que par des faits nouveaux, et grâce aux techniques perfectionnées de l'histologie cérébrale ; elle exige une compétence qui me fait complètement défaut.

Cliniquement, la paralysie générale présente un ensemble de symptômes *physiques* et *psychiques* dont la réunion fixe assez rapidement le diagnostic. Mais — il importe de le dire parce qu'on l'oublie trop souvent en pratique — ces signes ne sont pas *quelconques* ; ils offrent *des caractères particuliers* les distinguant des symptômes analogues qui existent dans d'autres affections nerveuses. Aucun de ces symptômes n'est à lui seul pathognomonique, mais leur ensemble l'est réellement. Un certain nombre d'auteurs divisent, à l'exemple de Baillarger, ces symptômes en *essentiels* et *accessoires*. Parmi les symptômes *accessoires* ils font figurer les divers *délires* observés au cours de la paralysie générale. Il me paraît impossible de qualifier d'accessoires des symptômes qui, de l'aveu commun, existent dans *le plus grand nombre des cas*. Je distinguerai donc, dans la paralysie générale, des symptômes *constants* ou *essentiels* et des symptômes *inconstants* dont quelques-uns (mais non pas les délires) sont réellements accessoires. Les *symptômes constants* (démence spéciale, troubles moteurs particuliers, troubles des muscles de la vie organique, accidents cérébraux) sont ceux dont la réunion est *nécessaire* et *suffisante* pour constituer la maladie.

Étudier le diagnostic d'une maladie, c'est admettre que cette maladie existe à l'état distinct. Or, pour la paralysie générale, la question se pose précisément de savoir si cette maladie est *une*, comme le voulaient Bayle, Parchappe, J. Falret, etc. ; si l'on englobe sous cette dénomination *deux maladies* distinctes (Baillarger) ou tout un groupe d'affections différentes (Lasègue) ; si même la paralysie générale ne serait pas un simple *syndrome* relevant de maladies très diverses.

Il est certain, — et j'aurai l'occasion de le montrer au cours de ce travail, — que l'on a souvent qualifié *paralysie générale* des états morbides qui n'avaient rien de commun avec elle, et

que de là sont nées de regrettables confusions. Il ne s'ensuit pas qu'il n'existe pas une paralysie générale caractérisée par des symptômes particuliers, par une évolution générale reconnaissable et par des lésions spéciales (méningo-encéphalite chronique diffuse). Ce type existe, croyons-nous, *dans ces traits généraux*. Mais il présente plusieurs *variétés* dans ses *symptômes inconstants* et dans son *évolution*, comme l'a toujours soutenu mon éminent et cher maître, M. J. Falret. Ces variétés ou *formes cliniques* sont encore incomplètement connues; il importe de les indiquer surtout comme sujet d'étude.

Quant au terme *paralysie générale*, je ne m'attarderai pas à le critiquer. Tout le monde s'accorde à le trouver mauvais, puisqu'il désigne une maladie dont une des caractéristiques est de ne jamais aboutir à une véritable paralysie. Il est néanmoins consacré par l'usage et il restera jusqu'au jour où la formule anatomique de la maladie sera définitivement établie. En attendant, il faut prononcer ces deux mots *paralysie générale* sans y attacher leur signification ordinaire.

J'ai déjà dit que les documents ayant des rapports directs ou indirects avec la paralysie générale sont prodigieusement nombreux. Aussi n'ai-je pas la prétention de n'avoir rien oublié de ce vaste sujet. Je n'ai pas cherché davantage à donner une description minutieuse et complète des différents symptômes. Je me suis surtout appliqué à mentionner les travaux essentiels et je me suis étendu de préférence sur les points les plus discutés, les plus récents, les moins connus, sur tous ceux, en un mot, dont l'étude est susceptible de faire avancer la question qui est l'objet de ce rapport.

Mon travail se divise très naturellement en deux parties :

La première, *diagnostic de la paralysie générale*, comprendra l'examen des principaux symptômes.

La seconde partie, *diagnostic différentiel*, sera une revue rapide des maladies qui simulent le plus souvent la paralysie générale et des signes qui permettent ordinairement de les en distinguer.

PREMIÈRE PARTIE

Symptômes de la paralysie générale.

La paralysie générale est une affection chronique des centres nerveux, ordinairement sans fièvre, caractérisée par une *double série de symptômes psychiques* et *physiques* particuliers, par une évolution très irrégulièrement progressive, par une terminaison fatale dans l'immense majorité des cas, et enfin par des altérations anatomiques constantes (méningo-encéphalite chronique diffuse). — Elle apparait le plus souvent dans l'âge moyen de la vie (35 à 45 ans); avant 30 ans et après 50 ans, elle est rare; avant 25 ans et après 55 ans, bien qu'il en existe des exemples indiscutables, elle est exceptionnelle.

ARTICLE PREMIER. — **Symptômes psychiques.**

Les symptômes psychiques de la paralysie générale sont constitués par une *démence progressive et généralisée* et par différents *délires*.

I. Démence progressive. — L'état mental des paralytiques généraux se caractérise essentiellement par un affaiblissement de *toutes les facultés*, appréciable, les premiers auteurs l'avaient bien vu, dès le début de la maladie, et qui aboutit progressivement à une *démence profonde*.

Les premiers indices sont fournis par l'état de l'attention, de la mémoire et du sens moral. L'attention est amoindrie dans son intensité et dans sa durée; les malades sont incapables de réflexion; tout travail les fatigue. Ils se trompent dans les calculs les plus élémentaires, les recommencent plusieurs fois sans succès; ils font des fautes d'orthographe grossières. Ils présentent une instabilité intellectuelle, une mobilité des idées, un amoindrissement de l'énergie mentale *dans tous ses modes*, qui

souvent contrastent vivement avec les dispositions antérieures et dont les sujets ont conscience dans une certaine mesure.

Ils ont conscience aussi, mais seulement tout à fait au début, d'une diminution de leur mémoire, surtout pour les faits récents. Ils oublient les noms propres, les dates, les rendez-vous qu'ils ont donnés ou acceptés ; à chaque instant ils égarent des objets usuels. Les événements de la vie quotidienne, importants ou futiles, leur échappent, et tous ces oublis, toutes ces absences amènent dans leur existence de notables perturbations. La conscience de leur amoindrissement intellectuel disparaît d'ailleurs très vite.

Mais ce qui frappe le plus l'entourage des malades, c'est l'oubli, rapidement poussé à un haut degré, des convenances sociales et morales. Ces symptômes sont particulièrement apparents chez ceux qui appartiennent aux classes élevées de la société : négligences dans la toilette, dans la tenue à table ou en public, propos orduriers, incongruités, indélicatesses de toute sorte, en contradiction complète avec l'éducation et les habitudes anciennes. Un de nos malades raconte à sa femme, en présence d'étrangers, à haute voix et avec des détails précis, ses prouesses avec des maîtresses. Un autre, chez qui on n'avait soupçonné aucun trouble mental, essaye des *préservatifs* et montre à *sa mère*, femme d'éducation sévère et de principes rigides, « comme ça lui va bien. » Un troisième triche au jeu, un quatrième vole le plus maladroitement du monde des bibelots dans différents magasins « pour monter sa maison », etc. Cette altération *du sens moral* est encore mise en évidence par un état d'excitation générale qui existe fréquemment à cette période : *excitation motrice* manifestée par un besoin de mouvement incoërcible ; *excitation génitale* qui s'accuse par des paroles et des actes obcènes (exhibitionnisme, attentats aux mœurs) ; — *excès alcooliques* fréquents, *modifications du caractère*, irascibilité, violences non motivées contre les personnes. — Les *sentiments affectifs* sont pervertis, le malade se montre indifférent pour les personnes qu'il aimait le plus autrefois.

Par l'ensemble de ces désordres dans la sphère morale, cette phase de la maladie justifie bien le nom de *période médico-légale* que lui a donné Legrand du Saulle. Les actes déraisonnables ou

délictueux, si fréquents alors, conduisent trop souvent le malade devant la justice. et de là en prison[1].

A ce moment, l'intelligence proprement dite paraît moins atteinte; même, dans certains cas, elle semble avoir plus de vivacité, plus d'acuité[2]. Au besoin de mouvement physique que nous avons signalé correspond une excitation intellectuelle (*dynamie fonctionnelle*, Régis) qui pousse le malade à des entreprises audacieuses, dans lesquelles il rencontre quelquefois la fortune. Mais ces apparences sont trompeuses. Si l'intelligence est plus agitée, elle n'est pas plus vive, au contraire. Les projets des malades sont mal conçus, mal combinés, leurs entreprises sont mal conduites, et il en résulte bien plus souvent la ruine que la fortune. On s'aperçoit souvent de l'abaissement de leurs facultés à la nature même de leurs entreprises, absolument en dehors de leur compétence ; aux achats inutiles, ridicules, hors de toute proportion avec leurs besoins ou leurs ressources, etc,

On observe quelquefois un état entièrement opposé. Les malades sont inquiets, tourmentés, découragés. Ils doutent d'eux-mêmes et n'osent rien entreprendre. Ils sont inertes, ils pleurent sans motif apparent, ils se lamentent sans cesse sur leur santé perdue, sur leur intelligence amoindrie, etc.

L'existence des faits négatifs est à peu près constante au début de la paralysie générale, c'est-à-dire que « les malades agissent d'une manière opposée à celle dont agirait une personne saine d'esprit dans des conditions identiques » (Falret père). Ce fait a une netteté et une importance particulière chez les paralytiques.

Après un temps variable, que les malades soient excités ou déprimés, les symptômes intellectuels s'accentuent, soit par une progression régulière, soit brusquement, par exemple à la suite d'un accident cérébral. Dès lors, le malade est entré de plain-pied dans la paralysie générale, « il a passé le Rubicon » (J. Falret). Les lacunes de la mémoire sont devenues énormes, le passé et le présent semblent confondus ; le paralytique a oublié son âge comme le mois de l'année et le jour de la semaine. Il ex-

1. Pactet, *Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux*. Thèse de Paris, 1891.

2. Parant, *De la suractivité mentale, sans délire ni démence, dans la période prodromique de la paralysie générale*. (*Annales médico-psych.*, 1887, t. VI.)

prime parallèlement les idées les plus opposées, sans paraître se douter de leur flagrante contradiction. L'association entre les diverses catégories d'idées ne se fait plus. Les notions de rapport, de convenance, de logique sont supprimées. La personnalité du malade semble dissociée, fractionnée, et chaque fraction fonctionne comme si elle était isolée. On pourrait dire que le cerveau des paralytiques généraux est divisé en un certain nombre de compartiments entre lesquels toute communication est interrompue. C'est en cela plus encore que dans l'*absurdité des conceptions* que réside le caractère essentiel de la *démence paralytique*.

Les idées absurdes se retrouvent dans toutes les formes de la folie, en dehors même de la démence. Mais, en général, l'absurde n'est que relatif; il existe surtout par rapport à l'observateur. Dans la démence paralytique, l'absurde est absolu; il existe par rapport au malade lui-même. Il consiste, avant tout, dans le désaccord des idées entre elles et avec les sentiments et les actes, désaccord dont le malade ne s'aperçoit pas et qui entraîne des conséquences pratiques, *des actes* aussi profondément absurdes que les idées et vraiment propres aux paralytiques. Aucune autre forme de démence ne présente au même degré cette absurdité profonde, ce désaccord fondamental. Tout le monde connaît les faits de Mendel, relatifs à des tentatives de suicide par des paralytiques généraux. L'un, voulant s'asphyxier, allume un réchaud de charbon dans sa chambre; mais, de peur que la fumée ne le fasse tousser, il ouvre la fenêtre toute grande. Un autre entre dans l'eau pour se noyer; mais, se rappelant qu'il est rhumatisant, il se hâte de sortir. Un de nos malades, peu avancé dans la paralysie générale, soutenait que les journaux ne donnent que de fausses nouvelles. « La preuve, c'est que je vois là qu'il suffit d'un quart d'heure pour évacuer un théâtre contenant cinq à six cents personnes. *A une minute seulement par personne*, vous voyez si un quart d'heure peut suffire! »

La démence, avec les caractères que j'ai essayé de mettre en évidence, est vraiment particulière à la paralysie générale; elle constitue un véritable *stigmate paralytique*.

Dans les dernières périodes de la maladie, la déchéance intellectuelle est complète, les diverses fonctions mentales semblent abolies; toutes les idées, tous les désirs du paralytique sont bornés à la satisfaction de ses besoins matériels.

II. États délirants. — Sur le fond démentiel se développent, dans la plupart des cas, des délires de formule variable qui lui empruntent un cachet particulier d'incohérence et d'absurdité. Quel que soit leur contenu, les idées délirantes de la paralysie générale ont des caractères communs que M. J. Falret a très heureusement réunis dans une formule bien connue : ces idées sont *multiples, mobiles, non motivées* et *contradictoires* entre elles. On observe quelquefois, au début, une certaine *systématisation* du délire chez les paralytiques généraux; mais cette systématisation, toujours flottante et vague, laisse reconnaître le fond démentiel[1].

1. — Le délire le plus fréquent, le seul que Bayle ait connu et qu'il considérait comme spécial à la paralysie générale, est un *délire expansif*, joyeux, habituellement associé à une exubérance physique, à un véritable état maniaque plus ou moins accusé. Au début, c'est le simple contentement, la satisfaction de soi-même et des autres, un optimisme général ; les malades voient tout en beau. Quelques-uns ne vont pas au delà et ne présentent jamais de véritables idées de grandeur. Mais la plupart arrivent à la mégalomanie la plus développée. Ils vantent leur santé, leur force, leur intelligence, leur fortune. Ils excellent non seulement dans leur profession, mais dans toutes les professions quelconques. Les mots *or, diamant, millions, prince, général, empereur, président de la république* reviennent sans cesse dans leur conversation. Ils s'attribuent *tous* les mérites, *toutes* les qualités, *toutes* les richesses, *tous* les titres. M. J. Falret[2] fait remarquer avec raison l'importance de ce mot *tout* dans le langage des paralytiques généraux : « Il est caractéristique et joue le même rôle dans le langage de ces malades que le mot *on* dans celui des persécutés. » Il est intéressant de noter encore, chez les paralytiques, la répétition machinale de certains chiffres, à propos des choses les plus diverses ; par exemple, ils disent avoir quarante ans, quarante femmes, quarante millions, être dans la maison depuis quarante semaines, etc.

1. Journiac, *Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque*. Thèse de Paris, 1888. — Magnan, *Leçons* (*Progrès médical*, 1896.) — J. Henry, *Du délire des négations dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1896.
2. Thèse, 1853.

Aucune exagération ne les arrête, si gigantesque, si monstrueuse qu'elle soit. Un de nos malades nous demandait tous les jours de lui couper les jambes; il voulait les remplacer par des muscles de lion recouverts de peau de tigre, « ce qui le dispenserait de porter un pantalon. » Un autre avait un attelage d'aigles qui l'emportait dans l'espace. Un autre, enfin, donnait des ordres pour la construction d'un toit recouvrant toute la surface de la terre et la protégeant contre le soleil de l'été, etc. Il n'y a pas d'idée énorme ou fantastique qui ne puisse germer dans le cerveau d'un paralytique général. Les différences d'imagination créent la diversité de ces idées chez les malades; mais, dans leurs lignes principales, elles se ressemblent étrangement chez tous : « Ce délire des grandeurs, dit encore M. J. Falret, malgré des nuances individuelles secondaires, présente chez les divers paralytiques une uniformité bien remarquable, par suite de laquelle tous ces malades semblent comme jetés dans le même moule. Quelles que soient, en effet, la condition sociale, l'éducation, la nationalité des malades, on retrouve chez eux, non seulement la même tendance générale vers l'orgueil et la vanité, mais une formule identique pour l'expression de ces idées. » (*Loc. cit.*)

On retrouve aussi à un haut degré, chez ces paralytiques mégalomanes, la *contradiction* qui est le caractère commun de toutes leurs conceptions délirantes. Tout le monde connaît l'exemple classique du malade qui se dit empereur et qui avoue tout aussitôt être un simple ouvrier et gagner cinq francs par jour. Un de nos paralytiques, pharmacien de son état, signait : « Dieu du ciel et de la terre, pharmacien, général et amiral commandant les armées de terre et de mer. »

A la période terminale, il ne reste plus que des traces de ce délire, des lambeaux de tout ce paillon, et dans le pénible bredouillement des malades, on a peine à saisir quelques mots revenant avec monotonie : millions, or, empereur, général.

2. — En opposition à la manie ambitieuse, on rencontre assez souvent dans la paralysie générale un *délire triste* qui caractérise la forme dépressive de la maladie.

Très variable dans son expression, ce délire est constitué, dans certains cas, par des idées mélancoliques ordinaires. Les malades sont tristes, inertes, plus ou moins abattus et déprimés.

Ils se plaignent d'être sans force et très malades, d'être ruinés, volés, empoisonnés ; ils disent qu'ils vont mourir, ils gémissent et pleurent, etc. Il est rare d'observer chez eux de véritables idées de culpabilité et d'indignité, si caractéristiques dans les états mélancoliques ordinaires. Les idées qu'expriment les paralytiques mélancoliques sont plutôt des idées vagues et confuses de persécution. Quelquefois, et surtout au début, ces idées sont plus accentuées, elles offrent un certain degré de systématisation. Mais elles ne tardent pas à présenter les caractères généraux d'incohérence et d'absurdité habituels chez les paralytiques.

Cette paralysie générale mélancolique n'avait pas échappé aux premiers observateurs : Bayle, Calmeil, Daveau (1830), Parchappe, Trélat, Lasègue, J. Falret en ont rapporté des exemples.

Dans d'autres cas, le délire dépressif est caractérisé par des idées d'altération et de destruction des organes. C'est Baillarger qui, le premier, a bien décrit le délire hypocondriaque des paralytiques généraux [1]. « Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang ; ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré. Il semble à quelques-uns que leurs aliments sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau, ou même sous leurs vêtements. Quatre prétendaient que leur corps tombait en putréfaction.... Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux ; d'autres affirment ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner. Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils ne les ont plus ; il en est qui vont jusqu'à se croire morts, etc. » — En même temps qu'ils nient l'intégrité et même l'existence de leurs organes, ces paralytiques étendent leurs négations au monde extérieur ; il n'y a plus rien à manger, il n'y a plus de voitures, de chemins de fer, il n'y a plus de maisons, tout le monde est mort, etc. De même que pour les idées de grandeur, il n'y a pas de limite à l'absurdité des idées hypocondriaques des paralytiques.

1. Baillarger, *Union médicale*, 6 aout 1857. — *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 103, et 1860, p. 509.

Baillarger considérait ce délire hypocondriaque comme un signe précurseur de la paralysie générale, ayant avec elle une « relation étroite » : « il constitue dans la mélancolie une présomption grave de terminaison par la démence paralytique ; il est un élément de plus pour ce pronostic. » Nous savons, depuis les beaux travaux de Cotard sur « le délire des négations », que le délire hypocondriaque caractérisé par des idées d'altération et de destruction d'organes n'a rien *en lui-même* de spécial à la paralysie générale. On retrouve souvent ces mêmes idées, formulées dans les mêmes termes, dans la mélancolie anxieuse. Mais chez les paralytiques généraux, elles sont marquées au coin de la démence particulière à ces malades, et, par leurs caractère généraux, surtout par l'état mental concomitant, on peut les distinguer de celles qui existent chez les mélancoliques non paralytiques. Il reste qu'en fait ces idées hypocondriaques doivent toujours faire penser à la paralysie génerale, quitte à établir ensuite le diagnostic différentiel avec la mélancolie anxieuse.

D'après ce que nous venons de dire, on pourrait peut-être distinguer deux variétés dans la forme dépressive de la paralysie générale : la variété mélancolique et la variété hypocondriaque. Mais il importe de remarquer que ces deux sortes d'idées délirantes sont rarement isolées les unes des autres, au moins pendant tout le cours de la maladie. Le plus souvent elles coexistent ou se succèdent chez le même malade, tantôt d'une façon habituelle, tantôt pendant certaines périodes d'une durée variable.

Les délires expansifs et dépressifs existent seuls, dans certains cas, pendant toute la durée de la maladie ; ou, du moins, ils y prédominent au point de légitimer la création de formes spéciales, forme *expansive* et forme *dépressive*. Mais, assez souvent, le même malade présente *simultanément* ces idées opposées : en même temps qu'ils se dit millionnaire et empereur, il se plaint qu'on le vole, qu'il n'a plus de vessie ni d'estomac, qu'il est mort, etc. Plus souvent encore, les paralytiques habituellement expansifs présentent une ou plusieurs périodes de dépression, et inversement. Enfin, dans un certain nombre de cas, il y a *alternance* véritable entre les deux états, de telle sorte que l'on a pu décrire une *forme circulaire de la paralysie générale*.

On a beaucoup discuté sur l'existence des *hallucinations*

chez les paralytiques. La majorité des auteurs admettent qu'elles y sont assez rares, et il est certain que la suggestibilité de ces malades est telle qu'il n'est pas facile de distinguer chez eux les hallucinations des simples interprétations délirantes. Depuis que M. Séglas a décrit les hallucinations *psycho-motrices*, on les a signalées chez des paralytiques[1] : elles paraissent en rapport avec des idées hypocondriaques ou de persécution vaguement systématisées.

ARTICLE II. — **Symptômes physiques.**

I. Troubles moteurs. — Parmi les troubles moteurs de la paralysie générale, il faut mettre en première ligne les *troubles des mouvements volontaires* et le *tremblement.*

Les troubles des mouvements volontaires sont de deux sortes. Les premiers, les plus importants, sont *constants, généralisés, permanents*, et, dans leur ensemble, présentent une marche *progressive.* Ils consistent en une incoordination qui s'accompagne d'un certain degré d'affaiblissement musculaire, *sans arriver jamais à une paralysie réelle.* Cette *incoordination généralisée* et *progressive* est le symptôme moteur propre à la paralysie générale.

Les troubles moteurs volontaires de la seconde catégorie sont, contrairement aux premiers, *inconstants, limités* à un membre ou à une moitié du corps, *transitoires*, à *évolution régressive* et non progressive. Ils sont constitués par des *paralysies partielles*, presque toujours incomplètes, et consécutives, le plus souvent, à des ictus cérébraux. Cette seconde catégorie, bien que très importante, n'a pas le caractère spécial de l'incoordination généralisée.

1. *Incoordination motrice généralisée.* — Elle doit être étudiée séparément dans la langue et dans les membres.

Dans la langue, elle se traduit principalement par *l'embarras de la parole.* Ce symptôme, auquel Esquirol attribuait déjà une

1. P. Sérieux, *Hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale* (*Archives de neurologie*, 1894).
J. Henry, *Délire des négations dans la paralysie générale.* Th., 1896.

signification pronostique très grave, mérite une attention toute particulière. Tant qu'on ne l'a pas constaté, et quels que soient d'ailleurs les autres signes positifs, il convient de réserver le diagnostic de paralysie générale. Ce signe est *précoce*, généralement facile à constater *pour une oreille exercée*; mais ses caractères particuliers sont très malaisés à décrire. Au début, ce n'est qu'une simple *hésitation*, un léger temps d'arrêt, un *faux pas* dans la prononciation de certaines syllabes (linguales et labiales). Si le malade est calme et parle peu, l'embarras de la parole manque ou passe inaperçu, et il est nécessaire, pour le mettre en évidence, soit de provoquer une conversation ou une lecture à haute voix, soit de faire prononcer aux malades certains mots longs et compliqués : transsubstantiation, artilleur d'artillerie, inamovibilité, incompatibilité, etc. Parfois, au contraire, c'est l'excitation maniaque qui masque l'embarras de la parole ; mais ici, comme dans le cas précédent, le trouble se manifeste quand le malade est fatigué de parler.

Bientôt cette hésitation, *d'abord intermittente*, s'accentue; l'arrêt syllabique devient un véritable *achoppement* (Kussmaul), puis il s'accompagne d'une *trémulation* caractéristique tenant au tremblement de la langue et des lèvres. C'est à ce moment que l'embarras de la parole des paralytiques offre des caractères vraiment spéciaux et distinctifs.

Un degré de plus, et le malade *balbutie* d'une façon saccadée, sautant certaines syllabes, appuyant longuement sur d'autres. Aux périodes avancées, les difficultés de l'articulation deviennent énormes; la parole n'est plus qu'un *bredouillement* de plus en plus confus, sans caractères distinctifs, et, finalement, inintelligible. Alors aussi le *timbre* de la voix est changé; il s'abaisse, devient guttural et voilé, et il varie dans des limites très étendues.

Il est essentiel de savoir que cet embarras de la parole, comme, d'ailleurs, les troubles moteurs dans leur ensemble, est susceptible de grandes oscillations à toutes les périodes de la maladie. S'il est vrai de dire qu'il s'aggrave progressivement, c'est à la condition d'ajouter que sa progression est très irrégulière. Momentanément exagéré par la fatigue et les émotions, il l'est d'une façon plus durable sous l'influence de simples poussées congestives ou d'ictus cérébraux graves. Inversement,

il peut être atténué à la fois par le repos et par un état maniaque intercurrent. Même à la dernière période, tel malade qui, ordinairement, émet avec la plus grande peine des sons inintelligibles, peut se trouver pendant quelques jours en état de s'exprimer à peu près clairement. Mais, s'il est variable en intensité, l'embarras de la parole est très tenace, et on le voit souvent persister à quelque degré pendant les rémissions en apparence les plus complètes.

Dans les membres, les troubles moteurs sont contemporains de l'embarras de la parole ou le suivent de près. Qu'ils débutent par les membres supérieurs, comme le veulent Calmeil, Ballet et Blocq, ou par les membres inférieurs, suivant l'opinion de Bayle, de Baillarger et de Lasègue, ils apparaissent presque toujours d'une façon insidieuse et se généralisent rapidement. Ils consistent d'abord en une *légère incoordination* qui compromet la sûreté et la rapidité des mouvements délicats et complexes; les malades ont de la peine à enfiler une aiguille, à boutonner leurs vêtements, à ramasser un objet de petite dimension, à dessiner, etc.; ils ne réussissent pas à suivre, en marchant, une ligne absolument droite, et, si on leur demande subitement de se retourner, on observe une hésitation, une oscillation plus ou moins apparente.

Quelquefois, l'incoordination motrice semble débuter *brusquement* à la suite d'un *ictus*. Elle est alors plus intense d'emblée et elle peut prédominer dans un côté du corps,

Mais, quel que soit le mode de début, les troubles moteurs s'accentuent progressivement et, dans la plupart des cas, ils sont exagérés encore par le *tremblement* dont nous parlerons plus loin. La maladresse augmente, les mouvemenls sont plus lents, brusques et saccadés. Les malades renversent ou laissent échapper les objets; la démarche devient nettement incertaine et irrégulière; ils marchent en écartant les jambes, les genoux à demi ployés; ils traînent la pointe des pieds et trébuchent aux moindres obstacles; ou bien, au contraire, à chaque pas, ils lèvent le pied d'une façon exagérée et le laissent retomber lourdement. Assez souvent, les muscles du tronc sont atteints à leur tour, et les malades *penchent* à droite ou à gauche, même lorsqu'ils sont assis; ou bien, en marchant, ils se cambrent fortement en arrière. — On voit encore certains malades alités main-

tenir habituellement leur tête au-dessus de l'oreiller sans aucun appui. Cette position des plus pénibles, conservée longuement sans fatigue apparente, est le signe d'un trouble profond du *sens musculaire*. — Nous signalerons encore, dans l'ordre des symptômes moteurs, certains mouvements automatiques : le *grincement des dents*, qui s'observe par intermittences à toutes les périodes, mais surtout à la dernière; des mouvements de *gustation*, du *mâchonnement*, etc.

Les troubles de *l'écriture* méritent une mention particulière. Au début, et pendant un temps plus ou moins long, les lettres, surtout celles à longs jambages, sont tremblées, inégales ; les lignes ne sont plus parallèles, etc. Plus tard, à ces troubles moteurs simples s'ajoutent ceux qui dépendent de l'état mental ; alors, des lettres et des mots entiers sont omis, les irrégularités sont plus grandes, il y a des taches, des pâtés. L'écriture finit par être illisible, comme la parole inintelligible. Pendant les crises d'agitation, elle est illisible, même au début.

A dater du moment où les désordres moteurs sont bien constitués (période d'état), les malades doivent être divisés en deux catégories. Chez les uns, assez nombreux, les choses ne vont pas plus loin ; les mouvements restent gênés, incertains, plus ou moins difficiles, mais les malades *gardent jusqu'à leur mort* la faculté de se servir utilement de leurs mains et de marcher sans appui. Chez les autres, aux troubles d'incoordination s'ajoutent des *symptômes spasmodiques*, des raideurs, des contractures d'intensité et de durée variables. Les mouvements utiles et la marche deviennent tout à fait impossibles, et ces malades passent, immobilisés dans un fauteuil ou au lit, les derniers mois de leur misérable existence[1].

On a beaucoup discuté la question de savoir si les troubles moteurs de la paralysie générale sont ou non de nature *paralytique*. Posée dans ces termes généraux, la question devait donner lieu à de nombreuses confusions. Il est de la plus haute importance de distinguer, au point de vue de leur nature, deux catégories de troubles moteurs dans la paralysie générale.

En ce qui concerne les troubles moteurs généralisés et perma-

1. F.-L. Arnaud, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1897, et *Archives de neurologie*, juin 1897.

nents, qui viennent d'être décrits, les premiers auteurs avaient bien vu que ces prétendus paralytiques conservaient jusqu'à la fin la faculté de mouvoir leurs membres. S'il y avait paralysie, c'était au déclin de la maladie et seulement dans un petit nombre de cas. De là l'expression de paralysie générale et *incomplète* (Bayle, Delaye, Calmeil, etc.). Falret père propose de remplacer le terme paralysie générale par celui de *débilité spasmodique*[1], et Lunier par celui *d'ataxie psycho-motrice*. Duchenne (de Boulogne) et Brierre de Boismont[2] démontrent, au moyen de l'électrisation localisée, la persistance de la *contractilité électro-musculaire*, même aux phases ultimes de la maladie. M. Christian[3], s'appuyant sur de nombreuses recherches dynamométriques, admet chez les paralytiques généraux un certain affaiblissement de la force musculaire, « tel qu'on l'observe dans toutes les affections chroniques » ; mais il conclut que la « maladie, dite paralysie générale des aliénés, n'est, à aucune période de son évolution, une affection de nature paralytique. Jusqu'à la fin, le malade conserve la *volonté* de contracter ses muscles et la *possibilité* de les contracter avec force. » M. Chambard établit[4], par ses études myographiques et dynamographiques, le caractère *ataxique* des mouvements intentionnels chez les paralytiques généraux. Toutefois, il insiste, plus que M. Christian, sur l'affaiblissement musculaire, et il pense que cet affaiblissement, de *nature paralytique* comme le tremblement, est dû à une *diminution de l'intensité des excitations motrices*.

On est d'accord aujourd'hui pour admettre que la contractilité volontaire et la force musculaire, dans leur ensemble, sont plus ou moins affaiblies chez les paralytiques généraux, mais qu'elles ne sont pas supprimées.

1. Voir Fornacciari, thèse de Paris, 1845. *De la paralysie générale des aliénés.*

2. *Diagnostic différentiel des diverses espèces de paralysie générale* (*Annales médico-psycholog.*, 1850, p. 603). — *Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives* (*Annales*, 1851, p. 177.

3. Christian, *De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale* (*Annales médico-psychologiques*, 1879).

4. *Revue scientifique*, 1881. *Recherches sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux.*

2. *Troubles moteurs volontaires partiels.* — Nous avons dit que ces troubles consistent en *paralysies* partielles, incomplètes et transitoires, se produisant d'ordinaire à la suite des ictus cérébraux. Elles peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie, et elles affectent la forme mono ou hémiplégique. Quand ces paralysies frappent le côté droit, il y a quelquefois de *l'aphasie* momentanée. Mais il est exceptionnel que la *face* participe à la paralysie, sauf dans les heures qui suivent immédiatement l'ictus. — On a la preuve que ces paralysies sont *incomplètes*, par ce fait que, très peu de temps après leur production (quelques heures, un jour ou deux, c'est-à-dire après la disparition des phénomènes généraux de l'ictus), les mouvements commencent à revenir. Elles sont vraiment *transitoires*, c'est-à-dire que, dans la plupart des cas, elles ne laissent plus de traces au bout de quelques jours. Ce double caractère les distingue des paralysies liées à l'hémorragie ou au ramollissement, lesquelles, même dans les cas favorables, s'améliorent lentement et laissent toujours ou très longtemps des traces appréciables. Dans certains cas, cependant, et notamment après des ictus répétés du même côté, on voit se développer des monoplégies ou des hémiplégies qui semblent persister. Les membres sont dans l'attitude classique de la monoplégie ou de l'hémiplégie vraies. Ils sont généralement *raidis*, comme affectés d'un commencement de contracture en demi-flexion, et les réflexes tendineux y sont le plus souvent exagérés. Le malade ne se sert pas *spontanément* de ses membres, et, si l'on essaye de leur imprimer des mouvements passifs; on constate une grande résistance.

Ces paralysies sont plus apparentes que réelles. Pour s'en convaincre, il suffit de maintenir immobilisés les membres *du côté sain* (par comparaison), puis d'ordonner au malade d'exécuter certains mouvements avec les membres qui semblent paralysés. On voit alors le mouvement commandé s'ébaucher *du côté sain*, le sujet s'impatienter et faire des efforts énergiques pour échapper à la contention. Ce n'est qu'après un instant que les membres malades se meuvent enfin. En insistant un peu, on arrive à obtenir d'eux tous les mouvements voulus, soit dans l'extension, soit dans la flexion. On peut s'assurer en outre que la force musculaire, bien que diminuée, reste assez considérable.

Il ne s'agit donc pas ici d'une paralysie ordinaire par destruction des centres moteurs ou par interruption des voies conductrices. Il y a simplement *paralysie psychique, amnésie relative* des images kinesthésiques. Cette amnésie, consécutive à l'ictus, résulte de l'épuisement fonctionnel des centres corticaux intéressés, devenus incapables de commander les mouvements. Lorsque, après un temps variable, la réparation de ces centres est effectuée, le malade a déjà pris l'habitude de se passer d'eux; son activité mentale est si pauvre qu'il ne ressent aucune privation de leur non fonctionnement; il ne pense plus à ses membres immobilisés; sa personnalité rétrécie les ignore. Mais l'énergie spécifique des centres n'en subsiste pas moins, et en rappelant sur les membres oubliés l'attention et la volonté du malade, on y ramène du même coup les mouvements. On pourrait donc, dans ces cas, dire que le malade a conservé la *possibilité* de contracter ses muscles, mais qu'il a perdu *la volonté* de les contracter *spontanément*.

J'ai eu souvent l'occasion d'observer des faits de ce genre, qui ne me semblent pas avoir été mis en lumière par les auteurs. Il y a là une cause d'erreur qu'il importe de connaître. Quant aux *hémiplégies vraies* observées dans la paralysie générale (il en existe un très petit nombre d'exemples), on peut affirmer qu'elles relèvent d'une complication, non de la maladie elle-même.

La contractilité électro-musculaire reste à peu près intacte, même aux dernières périodes, chez les paralytiques généraux. Les recherches de Duchenne (de Boulogne), et Brierre de Boismont, confirmées par celles de M. Christian, établissent que « toute paralysie générale dans laquelle les muscles ne répondent plus ou répondent mal à l'excitation électrique ne peut être confondue avec la paralysie générale des aliénés[1]. »

3. *Tremblement.* — Le tremblement de la paralysie générale appartient à la catégorie des tremblements *vibratoires*, à oscillations rapides, huit à dix par seconde. Il se complique d'un second tremblement dit *vermiculaire* (Baillarger) ou *fibrillaire*, qui

1. Duchenne, *Électrisation localisée*, 2e édition. Article : *Paralysie générale spinale*, p. 267.

s'observe facilement sur la langue et sur les muscles de la face, mais qui existe aussi fréquemment sur les membres.

M. Chambard a bien décrit le tremblement des paralytiques généraux[1]. Il existe, même à l'état de repos musculaire (contraction tonique), et il produit sur les tracés, à intervalles assez rapprochés, des sortes de *renflements* composés de deux à douze oscillations plus amples que les autres : c'est ce que Chambard appelle les *phénomènes de décharge.* Ces décharges sont d'autant plus accentuées et rapprochées que la contraction musculaire est plus énergique[2]. Les mouvements et la fatigue exagèrent le tremblement. Il s'accentue encore, d'une manière générale, avec les progrès de la maladie, ajoutant à la maladresse et à la gêne des mouvements. Il offre, cependant, de grandes différences individuelles. A peine apparent chez certains malades, même à une période avancée, il devient parfois énorme, principalement chez ceux qui présentent des raideurs musculaires spasmodiques; dans ces derniers cas, le tremblement qui accompagne les mouvements volontaires est parfois tel qu'il présente tous les caractères du *tremblement intentionnel* de la sclérose en plaques. C'est un détail qui a son importance pour le diagnostic.

A la face, le tremblement se traduit par des secousses des orbiculaires des lèvres et des paupières, des muscles des ailes du nez, etc. La combinaison des tremblements avec l'ataxie motrice détermine des symptômes importants et presque spéciaux dans les mouvements des lèvres et de la langue. La langue est généralement *étalée;* on y constate des tremblements de la totalité de l'organe et des tremblements fibrillaires. Sa protraction est toujours difficile, parfois à peu près impossible; elle se fait assez souvent par saccades, en mouvement de *trombone* (Magnan). Quand le malade veut parler, il est fréquent de voir les lèvres frémir et s'agiter *quelques secondes avant* l'émission d'aucun son. Cet aspect ne s'observe guère au même degré en dehors de la paralysie générale. Mais il est loin d'être constant. Et, dans son

1. E. Chambard, *Recherches myographiques et dynamométriques sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux* (*Revue scientifique*, 1881).

2. On observe, d'ailleurs, dans la plupart des tremblements, des *nœuds* (Fernet) ou renforcements analogues aux *décharges* de Chambard.

ensemble, le tremblement de la paralysie générale n'a pas la valeur diagnostique de l'ataxie motrice et de l'embarras de la parole.

4. *Troubles de l'appareil visuel.* — Après les troubles de la motilité générale, ceux de l'appareil visuel sont à la fois d'une très grande importance et d'une constatation assez facile. Le plus fréquent est l'*ophtalmoplégie interne*, qui se traduit par des modifications dans la forme et dans les réactions de la pupille.

Les modifications de forme consistent dans une dilatation (mydriase) ou dans un rétrécissement (myosis) de l'ouverture pupillaire, affectant quelquefois les deux yeux au même degré, mais les atteignant, dans la plupart des cas, d'une manière inégale. Cette *inégalité pupillaire*, que Parchappe avait déjà signalée[1] et sur laquelle Baillarger avait insisté[2], a été vue depuis par tous les observateurs. Moreau de Tours (1855) la note dans 58 °/₀ des cas; Lasègue[3], dans 55 °/₀; Mobèche[4], 61 fois sur cent; Doutrebente[5], 76 fois; Boy[6], 77 fois; Christian et Ritti[7], 82 fois; A. Marie (thèse de Paris, 1890), 63 fois; Ballet et Renaud (1893), 65 fois sur cent.

Sur deux cent deux paralytiques généraux observés à Villejuif, en 1888, dans le service de M. Vallon, j'ai trouvé l'inégalité pupillaire cent soixante-cinq fois, soit dans la proportion de 81,68 °/₀; cinquante-neuf fois la pupille gauche était plus large, cinquante-six fois c'était la droite, et je n'ai pu découvrir aucune relation appréciable entre le délire et l'état des pupilles. On sait que Austin[8] avait admis que la pupille *droite* est *altérée* (?) dans la forme *mélancolique* et la gauche dans la forme *expansive*. Thurnam[9] est arrivé à des conclusions analogues, mais ces résultats n'ont pas été confirmés. Souvent, en même temps qu'iné-

1. Parchappe, *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841. — Observations 194 et 203.
2. *Gazette des hôpitaux*. Mai, 1850.
3. Thèse d'agrégation, 1853.
4. *Annales médico-psychologiques*, 1874-75.
5. Congrès de 1878.
6. Thèse de Paris, 1879.
7. Dictionnaire Dechambre, article *Paralysie générale*, 1884.
8. *Annales médico-psychologiques*, 1862.
9. Analysé in *Annales méd.-psych.*, 1883, t. X, p. 477.

galité, il y a *rigidité* des pupilles. Siemerling l'a rencontrée dans 68 °/₀ des cas de paralysie générale (Centralblatt, octobre 1896).

L'*inégalité pupillaire* n'est pas un symptôme pathognomonique de la paralysie générale. Elle existe dans beaucoup d'autres affections cérébrales et même chez des sujets normaux par ailleurs. De plus, chez les paralytiques généraux, elle est susceptible de varier et même de disparaître. Elle n'en reste pas moins, à cause de sa fréquence et de la précocité de son apparition, un signe de réelle valeur; elle peut mettre sur la voie du diagnostic ou le fixer en cas d'hésitation.

L'altération des *réactions pupillaires* est peut-être plus importante encore, mais la recherche en est plus délicate et la constatation moins facile. Ce trouble a été bien étudié par M. G. Ballet[1]. Son développement est *graduel* et *progressif*. La réaction à la lumière serait la première atteinte; d'abord amoindrie, elle finit par être supprimée. La *parésie* de l'accommodation vient ensuite; il y a enfin *paralysie complète* à la lumière et à l'accommodation. Le signe d'Argyll-Robertson est constitué au moment où l'accommodation restant encore intacte, le réflexe lumineux a disparu. Ici, ce signe est donc *transitoire*, tandis qu'il est *permanent dans le tabes*, où on l'observe très souvent.

D'après une statistique citée par Ballet et Blocq[2], et portant sur quatre cent soixante-dix-sept cas de paralysie générale, les réflexes pupillaires étaient altérés dans la proportion de 82,6 °/₀. Le plus souvent les deux yeux sont inégalement affectés.

La réunion de ces deux symptômes, inégalité pupillaire et altération des réflexes, constituant l'*ophtalmoplégie interne*, aurait une valeur diagnostique presque décisive : « Quand elle suit une marche graduelle et progressive, elle relève presque constamment de la paralysie générale « (G. Ballet). « L'*ophtalmoplégie interne* est, selon moi, presque toujours en rapport avec la paralysie générale. Elle est souvent une manifestation précoce de la maladie » (Parinaud, cité par Ballet).

On a noté, dans la paralysie générale, beaucoup d'autres troubles de l'appareil visuel. Après Parchappe, Billod, Magnan,

1. G. Ballet, *Troubles oculaires dans la paralysie générale* (*Progrès médical*, juin 1893). — *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1897.
2. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1040 (1894).

Houeix de la Brousse[1] a rapporté des cas de ptosis. Moreau de Tours avait signalé *l'exophtalmie*. A. Marie[2] l'a observée plusieurs fois ; il a vu aussi (quarante-trois fois sur trois cents malades) diverses paralysies musculaires avec diplopie ou strabisme, permanentes ou transitoires. Ces paralysies sont généralement accompagnées *d'amaurose* (Billod, Magnan, A. Marie). Le *nystagmus* a été signalé aussi deux fois par Marie, une fois par Ballet et Blocq, etc. *L'atrophie de la papille* (Billod, Voisin, Albutt Clifford, Foville, Magnan, Christian, Duterque) peut précéder de plusieurs années la maladie confirmée. On a décrit encore d'autres altérations du fond de l'œil (œdème, dilatation vasculaire, hyperhémie, etc.). Mais M. Magnan, qui s'est particulièrement occupé de cette question, affirme qu' « au moins dans les deux tiers des cas, on ne trouve aucune altération du fond de l'œil. » (*Gazette des hôpitaux*, 1868. *Recherches sur les centres nerveux*, Paris, 1893).

Les divers troubles que nous venons d'énumérer n'ont rien de spécial dans la paralysie générale, et ils y sont rares. Ils ne prennent de signification que lorsque la maladie est confirmée et le diagnostic assuré par ailleurs. Il n'en est pas tout à fait de même de la *migraine ophtalmique* avec scotome scintillant, signalée d'abord par Charcot[3], puis par Parinaud[4] et par Blocq[5] à la période prodromique ou dans le cours de la paralysie générale. Ce symptôme doit éveiller l'attention, et, pour peu qu'il s'accompagne d'autres signes d'une affection cérébrale (aphasie, engourdissement), il prend une réelle importance.

5. *Troubles des muscles de la vie organique.* — Ils apparaissent tôt ou tard chez tous les paralytiques ; d'abord intermittents, ils deviennent peu à peu permanents.

Du côté *de la vessie*, on observe des alternatives d'incontinence et de rétention. Dans ce dernier cas, les malades, urinant par regorgement, sont presque constamment mouillés. Mais leur vessie ne se vide pas, et si l'on n'y prend garde, des phéno-

1. *Du ptosis*, thèse de Paris, 1888.
2. Thèse citée, 1890.
3. *Progrès médical*, août 1882, et *leçons du mardi*, 1887-1888.
4. *Archives de neurologie*, 1883.
5. *Ibid.*, 1889.

mènes d'intoxication se produisent : état fébrile, excitation cérébrale, vomissements, ictus plus ou moins graves.

Du côté *de l'intestin*, il y a aussi des périodes de constipation (surtout au début), suivies d'émission involontaire des matières. Malgré le gâtisme, il se produit parfois une stagnation des matières, d'où une nouvelle cause d'auto-intoxication.

C'est à tort que certains auteurs ont voulu faire du gâtisme le début de la troisième période. Il est fréquent de l'observer d'une manière transitoire, à la première période, dans l'excitation comme dans la dépression, et surtout à la suite des ictus cérébraux. Mais il est vrai que le gâtisme *permanent* appartient aux périodes avancées de la maladie. A cette époque, les malades, souvent maintenus au lit, se vautrent avec délices dans leurs déjections ; et c'est là une cause habituelle d'eschares et d'accidents analogues.

Les troubles *du pharynx* et de *l'œsophage*, à la fois moteurs et sensitifs, déterminent souvent, par arrêt du bol alimentaire, des phénomènes de suffocation qui peuvent entraîner la mort.

6. *Accidents cérébraux.* — Je range sous cette dénomination les incidents passagers, plus ou moins brusques et intenses, qui se retrouvent constamment, à quelque degré, chez tous les paralytiques généraux : *poussées congestives, vertiges* ou *ictus véritables*, avec ou sans perte de connaissance. La plupart des auteurs considèrent ces divers symptômes comme des *complications* de la paralysie générale. Je pense, au contraire, qu'ils en font partie intégrante, qu'ils en sont un *symptôme direct.*

Les *vertiges*, les étourdissements, accompagnés de troubles passagers de la mémoire et de l'intelligence, sont assez fréquents dans la période prodromique et au début de la maladie confirmée. S'ils sont moins souvent notés plus tard, c'est peut-être qu'ils sont masqués par l'intensité des autres symptômes.

Les *poussées congestives* s'observent à toutes les périodes. C'est la *congestion cérébrale* atténuée qui, pour Bayle, « existe chez tous les malades. » Ces poussées se traduisent par un afflux sanguin à la face et aux oreilles, par la gêne et parfois la suppression momentanée de la parole, par une faiblesse passagère des membres, par de la confusion dans les idées, etc. A leur suite, l'affaiblissement musculaire persiste quelquefois pendant

plusieurs jours, avec un certain degré de torpeur intellectuelle, ou, au contraire, d'excitation confuse et désordonnée.

Les *ictus*[1] appartiennent aussi à toutes les périodes de la maladie, mais très souvent ils se multiplient à la phase terminale. On en a distingué de nombreuses variétés qui, pratiquement, peuvent être ramenées à trois : variétés *comateuse, apoplectiforme, épileptiforme ;* elles sont d'ailleurs susceptibles de se succéder ou de se combiner dans un même accès.

La forme comateuse de l'ictus est assez souvent précédée de symptômes qui permettent de prévoir le retour de l'accès : rougeur de la face, apathie, somnolence, etc. Mais ceci n'a rien d'absolu, et ces symptômes peuvent fort bien être prémonitoires des autres formes, de même que les unes et les autres sont parfois annoncées par un redoublement de loquacité et d'agitation.

L'ictus apoplectiforme est surtout fréquent aux premières périodes de la maladie ; il en marque parfois le début. De toutes les variétés, c'est celle qui entraîne le plus souvent des hémiplégies ou des monoplégies transitoires, lesquelles s'accompagnent, quand elles siègent à *droite*, d'une *aphasie* variable en intensité et en durée. Il n'y a pas toujours perte de connaissance.

L'ictus épileptiforme est celui dont la signification est la plus grave. Il se produit de préférence aux périodes avancées, et il procède souvent par accès subintrants, déterminant un état de mal qui se termine fréquemment par la mort. Il est semblable à l'attaque épileptiforme vraie avec perte de connaissance, mais

1. Ces symptômes sont ordinairement désignés sous le nom *d'attaques congestives.* Ce terme nous paraît devoir être abandonné, dans son acception générale; il implique une théorie pathogénique ne répondant qu'à un petit nombre de cas, ainsi que Charcot l'a démontré *(Maladies du système nerveux*, I, p. 252). Généralement, les autopsies démentent cette théorie, et l'on sait que l'anémie cérébrale peut, tout autant que l'hyperhémie ou la congestion, déterminer des attaques convulsives. — Les accidents convulsifs et apoplectiformes s'expliquent beaucoup mieux, le plus souvent, soit par l'irritation de l'écorce sous l'influence du processus anatomo-pathologique soit par diverses *auto-intoxications* sur lesquelles M. Legrain (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1895) et le professeur Pierret (*Progrès médical*, 3 octobre 1896) insistaient encore récemment. — Le mot *ictus*, qui se borne à indiquer la soudaineté des accidents, a le grand avantage de rester indépendant de toute théorie pathogénique.

généralement il n'est pas précédé d'un aura, et la phase comateuse qui le termine est infiniment plus longue que dans l'épilepsie ; elle peut durer plusieurs jours. Les convulsions, habituellement limitées à un côté du corps ou même à un seul membre, se généralisent dans certains cas. — En outre des grands ictus épileptiformes, on observe aussi des crises *d'épilepsie partielle*, sans perte de connaissance. L'épilepsie partielle, qui se montre principalement au début de la maladie, affecte soit la forme *motrice*, soit la forme *sensitive*. Cette dernière semble avoir une haute signification pronostique (Charcot, Magalhaës Lemos, Ballet et Blocq).

Toutes les variétés d'ictus s'accompagnent ordinairement d'une accélération du pouls et d'une élévation de la température centrale[1] qui peut atteindre et dépasser 40°. Ces signes sont d'une importance capitale pour le pronostic. S'ils persistent sans atténuation pendant plusieurs jours, et surtout s'ils s'aggravent progressivement en même temps que les convulsions se reproduisent à intervalles rapprochés, on doit redouter une issue fatale. Il y a cependant de nombreuses exceptions, et j'ai vu pour ma part se terminer favorablement des attaques épileptiformes d'une terrible gravité avec température de 40° pendant vingt-quatre heures et plus.

Tous les auteurs disent que « les ictus aggravent les symptômes de la paralysie générale et en précipitent la marche. » Cela est souvent vrai ; mais l'ictus peut fort bien aussi être le point de départ d'une amélioration appréciable et même d'une véritable rémission. Dans ces cas, il semble jouer le rôle d'un *phénomène critique*. Plus souvent encore, les suites immédiates de l'ictus se dissipent en quelques jours, et l'état du malade se retrouve tel qu'avant cet incident.

II. Troubles sensitifs. — 1. *Sensibilité générale*. — On a relevé chez les paralytiques diverses altérations de la sensibilité générale. Parchappe y attachait une grande importance et les faisait entrer dans la définition de la *folie paralytique*. De Crozant (1846) avait décrit, d'après quatre observations, une *anesthésie généralisée* et *transitoire*, particulière à la période prodromique

1. Charcot, Meyer, Westphal, Hanot, Magnan.

de la maladie. Ce fait que Marcé dit avoir constaté aussi n'a pas été confirmé par les auteurs.

Lasègue[1] rattachait à l'alcoolisme les troubles de la sensibilité cutanée observés chez ces malades, qu'il s'agisse d'anesthésie ou d'hypéresthésie. En fait, beaucoup de paralytiques présentent incontestablement, à partir de la période d'état, une sensibilité obtuse et surtout une *analgésie* manifeste. On peut les pincer fortement sans obtenir même un signe d'attention ; ils se blessent, se brûlent profondément sans accuser de la douleur. J'ai vu, dans le service de M. Vallon, un paralytique expansif se déchirer les bourses avec les ongles et s'arracher les testicules ; ni pendant ni après cette mutilation le malade ne donna signe de souffrance.

Les paralytiques déprimés, hypochondriaques, se plaignent fréquemment de sensations viscérales, étranges et pénibles. Dans certains cas on peut démontrer qu'il existe des troubles morbides de la sensibilité interne (Michéa). Il n'est pas certain qu'il en soit toujours ainsi et que les plaintes des malades aient une autre raison d'être qu'une simple idée délirante. Lorsqu'un paralytique prétend, par exemple, qu'il n'a plus d'estomac, que que son anus est bouché, on est tenté d'admettre que ces idées correspondent à des sensations internes spéciales. Mais rien n'est moins démontré et il est bien possible que parfois ces idées hypochondriaques naissent directement du délire, comme beaucoup d'autres conceptions de ces malades. On ne pense guère à invoquer une sensation spéciale quand un paralytique dit *qu'il n'y a plus de chemins de fer* ou quand il affirme avoir le *nez ou la peau en or*.

L'état de démence des paralytiques rend d'ailleurs très difficiles et très incertaines les recherches sur la sensibilité générale, et les altérations de cet ordre, signalées par les différents auteurs chez ces malades, n'ont rien de spécial. Elles sont banales et sans utilité pour le diagnostic.

On peut dire la même chose des troubles de la *sensibilité subjective* qui sont assez fréquents au début de la maladie : sensation de pesanteur, de tension, de vide céphalique, migraines, céphalalgie frontale, etc.... Quelquefois ces symptômes sont liés à des *com-*

1. Thèse d'agrégation, 1853.

plications; telles sont les douleurs fulgurantes ou térébrantes, les crises viscérales, etc.

2. *Sensibilités spéciales.* — M. A. Voisin attache une grande importance à la diminution ou à la perte de l'*odorat*, des deux côtés ou d'un seul. Cette *anosmie* n'appartiendrait à aucune autre affection nerveuse, et elle serait un symptôme *très précoce* de paralysie générale, antérieur au tremblement de la langue, à l'inégalité pupillaire, à l'affaiblissement de la mémoire. Il est regrettable que ce signe de Voisin n'ait pas été rencontré par la majorité des observateurs, car il simplifierait beaucoup le diagnostic de la paralysie générale au début. Les auteurs qui ont constaté des troubles de l'odorat dans cette affection les ont trouvés à la fois plus tardifs, plus rares et beaucoup moins nets. De plus, on les rencontre dans d'autres affections, notamment dans le tabes (Pierret, Raymond, Marie, Klippel [1]).

On admet que *le goût*, comme l'odorat, est souvent lésé dans les périodes avancées de la paralysie générale, parce que certains malades avalent sans sourciller les substances les plus répugnantes.

On a cité des cas d'*hyperacousie* et de *surdité*. — Nous avons déjà mentionné les altérations *de la vue;* ajoutons que l'on a signalé chez les paralytiques des cas *d'érythropsie* analogues à ceux qui existent chez les hystériques et les épileptiques (Ladame, congrès de 1889). Il n'y a, dans tous ces faits, rien de spécial à la paralysie générale.

Nous avons parlé de la *migraine ophtalmique* avec scotome scintillant, signalée par Charcot au début de la paralysie générale. Elle se présente *isolée* ou *accompagnée* de symptômes d'aphasie, de fourmillement dans un membre ou de secousses convulsives. C'est surtout à la *migraine accompagnée* que Charcot attachait une sérieuse importance au point de vue de la paralysie générale.

Il a aussi appelé l'attention sur les accès *d'épilepsie sensitive* qui peuvent se montrer comme prodrome de cette affection. « Un individu ressent tout à coup dans les doigts de la main des

1. Voir Klippel, *Troubles du goût et de l'odorat dans le tabes* (*Archives de neurologie*, avril 1897).

sensations de fourmillement ou de gonflement qui peu à peu envahissent tout le membre, puis la moitié correspondante de la face, en particulier les lèvres, et surtout la langue, — dont il ne peut se servir, car elle lui semble tuméfiée, — enfin, le membre inférieur, sans qu'il existe aucune secousse. Tout cela dure un certain temps, puis disparaît, et l'accès est terminé..... Parfois l'épilepsie sensitive est en même temps *sensorielle*, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par des troubles des divers sens. »

L'épilepsie sensitive et la migraine ophtalmique sont quelquefois associées.

Récemment on a décrit dans la paralysie générale un symptôme de *sensibilité localisée ;* je veux parler du *signe du cubital. L'analgésie* du cubital (par pression dans la gouttière olécranienne) signalée par Biernaki, dans le tabes, en 1894, a été recherchée par Cramer [1] dans la paralysie générale et constatée dans 76 °/₀ des cas. Ces résultats ont été confirmés par Gœbel, Hillenberg et Hess (de Stephansfeld). Ce dernier, rassemblant plusieurs statistiques, a donné les chiffres suivants : chez trois cent cinquante-quatre paralytiques généraux on a trouvé l'analgésie du cubital soixante-dix fois sur cent ; chez les hommes, la proportion est plus forte que chez les femmes. — Sur cent aliénés non *paralytiques*, la proportion n'est plus que de 10 °/₀ chez les hommes et de 9 °/₀ chez les femmes. — Il semblerait donc, d'après ces chiffres, que le *signe du cubital* ait une réelle importance pour le diagnostic de la paralysie générale. Malheureusement, il y a des statistiques moins favorables. MM. Briand et Iscovesco n'ont trouvé l'analgésie du cubital que dix-sept fois sur trente-cinq, un peu moins de la moitié des cas. Arnaldi et Perugia, tout en reconnaissant que ce symptôme est plus fréquent chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés, déclarent qu'il n'a rien de pathognomonique; ils l'ont souvent observé dans la pellagre, comme Gœbel et Hillenberg l'avaient vu dans l'épilepsie. De nouvelles recherches sont donc néces-

1. Cramer, *Münch. méd. Woch.*, 1894. — Gœbel, *Neurolog. Centralblatt*, 1895. — Hillenberg, *ibid.* — Briand et Iscovesco, *Congrès de Bordeaux*, 1895. — Hess (de Stephansfeld), *Sur le signe du cubital* (*Anal.* in *Archives neur.*, mai 97. — Arnaldi et Perugia, *Rivista speriment. di phrenat*, 1896, fascic. 2.

saires pour nous fixer sur la valeur du *signe du cubital* dans la paralysie générale.

3. *Réflexes*[1]. — L'étude des réflexes chez les paralytiques généraux n'a encore donné que des résultats incertains. On admet généralement que les *réflexes tendineux* sont le plus souvent *exagérés* aux premières périodes et dans les formes expansives, affaiblis ou abolis dans les périodes avancées, chez les paralytiques déprimés et surtout chez ceux qui ont présenté des *symptômes spinaux*. Suivant Mickle, il y aurait concordance entre l'abolition du réflexe patellaire et le signe d'Argyll (absence de réaction pupillaire à la lumière).

Les réflexes *cutanés* sont le plus souvent lésés, tantôt affaiblis ou abolis, tantôt exagéres.

On n'arrivera, je le crois, à des résultats précis dans cette question des réflexes qu'en les étudiant, non pas sur un plus ou moins grand nombre de paralytiques généraux *pris en bloc*, mais dans chaque variété de la maladie. C'est ainsi, par exemple, que, dans la *variété spinale ataxique*, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les réflexes tendineux sont abolis ou très diminués. Dans la variété *spasmodique*, au contraire, l'*exagération* de ces réflexes m'a paru être de règle, même aux périodes ultimes et quelle que soit la forme du délire.

4. *Troubles physiques divers.* — Les diverses fonctions organiques présentent des altérations variées, mais qui n'ont rien de spécial. Les *fonctions génitales* sont, au début de la paralysie générale, tantôt amoindries et tantôt exaltées; plus tard, l'abolition est de règle. Chez les femmes, la *menstruation* est plus ou moins troublée, elle est souvent supprimée.

Les *fonctions digestives*, généralement intactes dans les formes expansives, sont assez souvent troublées dans les formes dépressives. On a noté un amaigrissement considérable, avec cachexie profonde, surtout pendant la phase mélancolique des paralysies

1. Joffroy, *Le réflexe tendineux dans la paralysie pénérale* (*Arch. de physiol.*, 1881). — Mickle, *Journal of mental science*, 1882. — Bianchi, *Arch. ital. per le malatie nervose*, 1884. — Bettencourt Rodriguez, *De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux*, 1885. — Renaud, *Étude des réflexes dans la paralysie générate*. Thèse, Paris, 1893, etc.

générales *circulaires*. — Il suffit de rappeler la constipation fréquente et les évacuations involontaires (gâtisme).

La *sécrétion urinaire*[1] présente quelques modifications : il y a souvent *polyurie* pendant la période d'état, au moment des crises maniaques, et aussi dans les formes dépressives (J. Falret); on a signalé l'*albuminurie*, la *peptonurie*, la *glycosurie*. D'après les faits que j'ai observés, la *glycosurie* serait assez fréquente chez les paralytiques alités et non encore cachectiques.

La *salive* est augmentée dans certains cas. La *sueur* présente parfois des alternatives d'augmentation et de suppression, soit générales, soit localisées à la face ou à un côté.

Toutes sortes de *troubles trophiques* ont été signalés dans la paralysie générale. Mais leur fréquence a été exagérée et la plupart dépendent des *complications* médullaires ou névritiques. Les *eschares* elles-mêmes deviennent infiniment plus rares qu'autrefois, sous l'influence des soins hygiéniques[2].

L'*othématome*, sans être spécial à la paralysie générale (il a été vu chez les *boxeurs*, chez les *déments* non paralytiques), s'y montre plus fréquemment que dans toute autre affection, ce qui est en faveur d'un trouble trophique ou vaso-moteur, dépendant de la maladie (congestions répétées). Les *troubles vaso-moteurs* se traduisent principalement par des poussées congestives vers la face et par la *cyanose* des extrémités, habituelle dans les formes dépressives, et, dans toutes les formes, aux périodes avancées.

M. Régis[3] attache une certaine importance à la déformation de l'appendice xyphoïde qui « s'ossifie, se déprime, s'allonge et se recourbe vers l'abdomen en provoquant parfois de sourdes douleurs. »

ARTICLE III. — **Marche.**

La marche de la paralysie générale se résume en cette loi posée par M. J. Falret[4] : « Progressive dans son ensemble, elle est irrégulière dans ses détails. »

1. H. Rieder, *Recherches sur les urines dans la paralysie générale.* Thèse, Paris, 1895.
2. Christian et Ritti, Magnan et Sérieux, Ballet et Blocq, F.-L. Arnaud.
3. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édit., p. 433.
4. Thèse citée, 1853.

On a contesté l'exactitude de cette loi et l'on a dit : la *démence paralytique* suit une évolution régulière, uniformément progressive ; ce qui varie, ce qui est irrégulier, c'est la *folie paralytique*, c'est-à-dire les délires surajoutés à la maladie principale. C'est le point de vue des dualistes (Baillarger). Il n'est pas contestable cependant que, même dans sa forme la plus simple, la paralysie générale présente de notables irrégularités dans l'ordre d'apparition et dans l'intensité des *symptômes essentiels*. Au début, la démence et les symptômes physiques n'apparaissent pas toujours dans un ordre constant; c'est tantôt l'une et tantôt les autres qui ouvrent la marche.

Ultérieurement, leur progression peut être très dissemblable, un ordre de symptômes s'aggravant très rapidement, tandis que l'autre reste à peu près stationnaire pendant un assez long temps; et ces différences se retrouvent même aux dernières périodes. Certains paralytiques complètement impotents sont dans un état de démence moins profonde que d'autres dont les troubles physiques sont peu accentués.

De plus, même dans ces formes élémentaires, des *rémissions* plus ou moins complètes, des *intermissions* transitoires interviennent, qui se font sentir d'une façon fort inégale soit sur les signes physiques, soit sur la démence.

Assurément, les rémissions, les modifications brusques, les irrégularités d'allure, les surprises de tout genre sont plus fréquentes et plus marquées dans les formes délirantes; c'est un point que Baillarger a définitivement fixé; mais ce serait une erreur de croire qu'elles épargnent les symptômes essentiels de la maladie.

La paralysie générale est réellement *progressive* quand on considère deux moments éloignés de son évolution; mais il n'est pas exact que « ses deux ordres de symptômes marchent d'un pas égal et proportionnel » (Bayle). Et il est impossible d'appuyer le diagnostic et même le pronostic prochain sur une prétendue progression régulière qui n'est pas dans la nature des choses.

Bayle décrivait à la paralysie générale des *prodromes* et trois périodes : *monomanie*, *manie* et *démence*. En changeant quelques-uns des termes qui correspondaient à des idées erronées, on a

conservé, pour la facilité de la description, la division de Bayle dans son ensemble.

L'on admet généralement quatre périodes : *prodromique*, de *début*, d'*état* et de *déclin*. La délimitation de ces périodes est purement artificielle ; et d'autant plus, je le répète, que tel malade, qui, pendant une durée variable, présentait tous les symptômes de la période de déclin, peut fort bien revenir brusquement en arrière, à la période d'état, et même à la période de début. « Peut-être une étude plus attentive fera-t-elle découvrir un jour quelques variétés de marche qui permettront de prévoir, dans un cas donné, par l'évolution des premières périodes de la maladie, celle des périodes ultérieures; mais, dans l'état actuel de la science, cette prétention serait bientôt démentie par les faits. » Depuis 1853, et malgré tous les travaux accumulés, la lacune que signalait ainsi M. J. Falret n'est pas entièrement comblée.

La *période prodromique*, prédélirante (Christian) ou préparalytique (Ballet, Régis), est de beaucoup la plus importante au point de vue du diagnostic.

Mais, malheureusement, elle est aussi, par la force des choses, la plus mal connue. Elle peut durer plusieurs années. Les innombrables symptômes physiques et psychiques qu'on lui a attribués peuvent bien éveiller l'idée d'une affection cérébrale ou cérébro-spinale, ordinairement le tabes ; aucun n'est spécial à la paralysie générale et n'autorise un diagnostic précis. Les signes qui ont le plus de valeur sont encore ceux qui dépendent de l'état mental : d'une part, symptômes *d'asthénie* (faiblesse de l'attention et de la mémoire, amoindrissement de l'acuité intellectuelle, difficulté dans l'association des idées, absences, irritabilité, etc) ; — d'autre part, *perversions morales* inexplicables, actes absurdes ou délictueux, si importants pour la médecine légale. Leur signification est considérablement augmentée quand il s'y joint quelques signes physiques (vertiges, poussées congestives, inégalité pupillaire). Sauf les perversions morales et les actes caractéristiques, cette période prodromique ressemble beaucoup aux *états neurasthéniques*, ainsi que l'ont montré Krafft-Ebing, Ballet, Régis.

Quelquefois, les phénomènes insidieux qui caractérisent la période prodromique semblent manquer, et la maladie paraît

débuter *brusquement* à la suite d'un ictus cérébral. Ces faits sont assez rares, et, de plus, en cherchant bien, on arrive d'ordinaire à retrouver un certain nombre de symptômes antérieurs à l'ictus (modifications du caractère, des sentiments, de la conduite, de la manière d'être habituelle, etc).

Quand l'hésitation de la parole et l'incoordination motrice sont devenues appréciables, la *période de début* est constituée. M. J. Falret a décrit, pour la période de début, quatre variétés principales qui sont généralement acceptées : deux variétés physiques, la variété *congestive* et la variété plus spécialement *paralytique ;* deux variétés mentales, *mélancolique, expansive.*

Il est bien entendu que « ce sont plutôt là des prédominances de symptômes que de véritables variétés distinctes. » Chacune de ces variétés est souvent précédée par un *stade mélancolique* dont l'intensité est variable et dont la durée est de quelques semaines à deux ou trois mois. La démence s'accuse ensuite nettement ; les états délirants apparaissent, suivant les modalités connues ; les troubles moteurs s'accentuent de plus en plus jusqu'à la période d'état. Ce passage de la période de début à la période d'état se fait souvent d'une façon brusque, après une sorte de rémission, et la maladie jusque-là apparente pour le médecin seul, devient manifeste pour tous. Puis, après un laps de temps variable, le délire s'affaisse graduellement, la démence se montre dans toute sa profondeur, les forces physiques diminuent plus ou moins, des ictus se produisent, le gâtisme apparaît ou s'aggrave ; c'est la période terminale qui présente, ainsi que je l'ai indiqué ailleurs [1], deux variétés principales, selon que les malades sont devenus impotents ou qu'ils ont conservé la faculté d'aller et de venir. Enfin, la mort survient, soit par suite d'un ictus cérébral (c'est le cas habituel), soit par quelque complication : broncho-pneumonie, congestion passive, diarrhée infectieuse, asphyxie par bol alimentaire, soit enfin sous quelque influence restée inaperçue, que l'on désigne par le mot vague de *marasme paralytique.*

Chez les *héréditaires vésaniques*, la marche de la paralysie générale est ordinairement plus irrégulière, plus accidentée que chez les sujets indemnes de cette hérédité ; les *rémissions* sont

1. F.-L. Arnaud (*Annales médico-psychologiques*, janv. 1897).

chez eux particulièrement fréquentes, et la *durée* de la maladie est beaucoup plus longue que dans les cas ordinaires (Doutrebente, Lionnet).

Il est très difficile d'apprécier *la durée* totale de la paralysie générale. La période prodromique seule peut durer plusieurs années, et le plus souvent elle échappe à l'observation. En prenant pour point de départ le *début apparent* de la maladie, sa durée est certainement plus longue que ne le pensaient les anciens auteurs ; on peut l'évaluer en moyenne à quatre ans environ. Elle est souvent beaucoup plus longue chez les héréditaires, ainsi que nous l'avons dit, et aussi dans les cas à *début tabétique.*

A propos de la marche, nous dirons un mot des cas signalés par Baillarger, par M. Christian, par M. Lapointe : Des malades ayant présenté les symptômes de la paralysie générale, versent dans la démence simple, sans signes physiques, et vivent de longues années dans cet état. — Il nous semble impossible de considérer ces faits autrement que comme des erreurs de diagnostic ; ces malades n'étaient pas des paralytiques généraux, de nombreuses autopsies l'ont démontré.

ARTICLE IV. — **Formes cliniques.**

Nous avons décrit comme *constants* un certain nombre de symptômes de la paralysie générale. C'est d'abord, parmi les symptômes psychiques, la *démence progressive* et *généralisée ;* — ce sont ensuite, parmi les symptômes physiques, l'embarras spécial de la parole, l'incoordination motrice généralisée et progressive, les troubles des muscles de la vie organique et les accidents cérébraux. La réunion de ces symptômes est *nécessaire* et *suffisante* pour constituer la maladie ; réduite à ces éléments, elle est une simple *démence paralytique*, la vraie paralysie générale pour Baillarger, Lunier et quelques autres aliénistes. Pour le plus grand nombre, au contraire, l'ensemble de ces seuls symptômes réalise non pas le *type* de la paralysie générale, mais une de ses formes, la *forme démentielle*, dans laquelle les troubles délirants sont réduits au minimum. Cette forme n'est pas la plus fréquente. D'ordinaire, la paralysie générale s'accom-

pagne, à un moment quelconque de son évolution, de *conceptions délirantes* dont la prédominance caractérise et permet de distinguer un certain nombre de *variétés* ou de *formes cliniques.*

D'autres formes sont déterminées non plus par les délires, mais par le développement de certains symptômes physiques inconstants.

Il semble donc rationnel de distinguer trois groupes de faits dans l'ensemble des manifestations si complètes et si variées de la paralysie générale.

1° Le premier groupe comprendrait les cas réduits par hypothèse aux seuls symptômes constants, aux symptômes qui se retrouvent dans tous les autres cas. C'est là ce que l'on a appelé la *forme dêmentielle* de la paralysie générale. La démence existant primitivement dans toutes les formes de la maladie, la dénomination de *démentielle* appliquée à l'une de ces formes est mauvaise. Il me semble préférable de dire *forme simple, sans délire*, par opposition aux formes *complexes* ou *délirantes.*

2° Le second groupe serait constitué par les faits dans lesquels le délire joue un rôle important. On y distingue quatre formes :

Forme *expansive* (satisfaction, idées de grandeur);
Forme *dépressive* (mélancolie, hypochondrie);
Forme *alternante;*
Forme *mixte.*

3° Un troisième groupe, établi d'après l'importance des divers troubles physiques, donnerait lieu à deux formes principales :

Forme *spinale*, comprenant plusieurs variétés;
Forme *épileptique.*

Malheureusement, le deuxième et le troisième groupes se pénètrent réciproquement et se confondent, dans bien des cas, chez le même malade. Un paralytique général, expansif ou déprimé, peut fort bien être en même temps un spinal, et la forme *mixte* par le délire peut l'être aussi par les signes physiques. Ces distinctions correspondent donc plutôt à une phase de la maladie qu'à l'ensemble de son évolution. Pour insuffisantes qu'elles soient, elles ont cependant une réelle importance. C'est en recherchant ces distinctions que l'on arrivera à une connaissance plus complète de la paralysie générale, soit que l'on décrive des *espèces distinctes*, comme le voulait Lasègue, soit que l'on recon-

naisse, à l'exemple de M. J. Falret, de simples *variétés d'évolution*, mais suivies depuis leur début jusqu'à leur terminaison.

Quelques tentatives dans ce sens ont été faites. On connaît les *quatre variétés de début*, décrites par M. J. Falret, dans sa thèse (1853), et généralement admises depuis : variétés *congestive, paralytique, mélancolique, expansive.*

Linas[1] distinguait cinq formes principales : *monomaniaque, lypémaniaque, maniaque, démente primitive, mixte.*

M. Daniel Brunet[2] reconnaît *quatre formes*, d'après les troubles intellectuels : formes *maniaque, ambitieuse, mélancolique, démente.* M. Brunet fait justement remarquer, à propos de cette dernière, qu'« elle est souvent admise faute de renseignements suffisants... *faute d'un examen assez prolongé.* »

M. J. Falret est revenu à plusieurs reprises[3] sur cette question qui lui tient à cœur. Il distingue les variétés *expansive, mélancolique, progressive dite sans délire, congestive, épileptique* et *médullaire.*

Enfin, Baillarger, Brierre de Boismont, Geoffroy, Fabre, Espiau de Lamaëstre, Gilles ont décrit une paralysie générale circulaire[4].

MM. Christian et Ritti (*Dict. encyclopédique*) reconnaissent cinq variétés : *maniaque, mélancolique, alternante, démente, spinale.*

En tenant compte de l'ensemble de ces travaux, on peut admettre sept formes cliniques de paralysie générale :

1° Forme *simple, dite* sans délire (plus exactement : dans laquelle le délire est très réduit) ;

2° Forme *ambitieuse* ou *expansive ;*

3° Forme *mélancolique* ou *dépressive ;*

4° Forme *circulaire* ou *alternante ;*

5° Forme délirante *mixte ;*

1. *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale.* Thèse de Paris, 1857.

2. *Variétés cliniques de la paralysie générale.* Congrès de médecine mentale, Paris, 1878.

3. *Société médico-psychologique*, 1877. Congrès de 1878. *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.* Paris, 1890.

4. Fabre, *Folie paralytique circulaire* (*Annales*, 1874). — E. de Lamaëstre, Congrès de médecine mentale, 1878. — Gilles, *De la double forme, ses rapports avec la paralysie génér.* Thèse, Paris, 1888.

6° Forme *spinale* (plusieurs variétés);

7° Forme *épileptique*.

La forme simple (démence paralytique pure) et les formes délirantes sont bien connues. Il serait superflu d'y insister après ce que nous en avons dit à propos de la paralysie générale *sans aliénation* et dans la description des symptômes de la maladie. Nous dirons quelques mots de la forme *épileptique*, et nous nous étendrons principalement sur la forme *spinale*, moins connue et qui soulève d'intéressants problèmes.

Chez la femme, c'est la forme *simple* que l'on observe le plus souvent (Baillarger). Quand le délire existe, il est habituellement plus terne, plus effacé, plus mesquin, pourrait-on dire, que chez l'homme (Régis, Krafft-Ebing); les toilettes, les bijoux, le mariage, les enfants, la beauté de leur corps, les rapports sexuels, tels sont les objets qui occupent d'ordinaire les paralytiques femmes. Mais ceci n'a rien d'absolu et ne légitime pas la description d'une *forme féminine* de la paralysie générale, car les paralytiques femmes peuvent fort bien présenter un délire des plus brillants; et, d'autre part, cette atténuation, cette puérilité du délire ne sont pas rares chez l'homme.

On a décrit, sous le nom de paralysie générale *aiguë* ou *galopante* (Beau, Trélat)[1], des faits qui semblent être les uns des paralysies générales véritables, abrégées par une complication méningitique; les autres, des maladies n'ayant rien de commun que quelques apparences superficielles avec la paralysie générale; c'est ce qu'ont montré J. Falret, Marcé, Christian et Ritti, Magnan, etc.

La paralysie générale est, par définition, une affection essentiellement *chronique;* un état cérébral aigu, quel qu'il soit, correspond à un autre processus, il est autre chose que la paralysie générale.

I. Forme épileptique. — Signalée par Delasiauve, par Billod, par M. J. Falret, cette forme est intéressante en ce qu'elle offre de grandes difficultés de diagnostic. Pendant plusieurs années, la maladie ne se manifeste guère que par des *attaques épileptiformes*,

1. Beau, *Paralysie générale aiguë* (*Archiv. génér. de médecine*, 1852). — Trélat, *Paralysie générale galopante* (*Ann. méd.-psych.*, 1855).

plus ou moins espacées et tout à fait semblables à celles de l'épilepsie véritable, ou encore par des symptômes d'épilepsie larvée.

Presque toujours ces malades sont pris pour des épileptiques, jusqu'au jour où apparaissent les symptômes caractéristiques de la paralysie générale. Une erreur de diagnostic célèbre, rappelée par M. J. Falret, est celle qu'avait commise Morel à propos du comte Chorinski; Morel le considérait comme atteint d'épilepsie larvée : c'était un paralytique général, l'autopsie le démontra quelque temps après.

II. Forme spinale [1]. — Des symptômes médullaires plus ou moins accusés existent dans la plupart des cas de paralysie générale, et on peut les observer à toutes les périodes de la maladie sans que l'aspect général en soit modifié. Mais parfois ces symptômes prennent une telle importance qu'ils donnent au tableau clinique une physionomie particulière; le terme *forme spinale* de la paralysie générale est alors justifié.

Cette forme présente *deux variétés* principales, distinctes par leurs symptômes et par leurs lésions médullaires.

La première variété, la plus connue, est une variété de début. C'est la *variété tabétique* ou *spinale primitive*, dans laquelle les lésions *maxima* existent sur les cordons postérieurs de la moelle (paralysie générale *ascendante* ou *par propagation* de Baillarger, Magnan, Bouchereau, Foville).

La seconde variété s'observe à la période de déclin. C'est la *variété spasmodique, spinale secondaire* ou *descendante*, à lésions prédominantes dans les cordons latéraux (Klippel, Trénel, Stewart, F.-L. Arnaud).

1. *Variété tabétique.* — Cette variété a été décrite dans ses lignes principales par M. J. Falret, sous le nom de *forme médullaire* de la paralysie générale [2].

Pendant un laps de temps très variable, trois ans, huit ans,

1. Voir un mémoire de Klippel, très étudié au point de vue clinique et surtout anatomo-pathologique : *Paralysie générale, lésions et formes spinales* (*Archiv. de méd. expériment.* Janvier, 1894). — R.-S. Stewart, *Forme spasmodique et forme tabétique dans la paralysie générale.* (*Mental science*, avril 1895).

2. *Soc. méd.-psych.*, octobre 1877. — Voir *Annales médico-psych.*, 1877, t. XVIII, p. 429.

dix, quinze ans et plus, la maladie présente toute l'apparence d'un *tabes ordinaire*, avec ses différentes modalités de début, avec une symptomatologie plus ou moins complète. L'ataxie motrice, quand elle existe, reste habituellement modérée, les malades ne deviennent pas impotents, il n'y a pas, au cours de cette longue période, de troubles intellectuels véritables.

Puis, assez brusquement et souvent à la suite d'un vertige ou d'un ictus épileptiforme, apparaissent de l'embarras de la parole et des troubles intellectuels accompagnant d'ordinaire une crise d'agitation, ou, plus rarement, un état de dépression.

Les troubles intellectuels ont une double caractéristique : le délire est *polymorphe;* des idées de grandeur, de ruine, d'empoisonnement, de négation coexistent ou se succèdent rapidement chez le malade ; les conceptions délirantes trahissent un affaiblissement profond des facultés mentales ; elles présentent, dès leur apparition, le cachet démentiel de la paralysie générale. Assez fréquemment, il y a des hallucinations de la vue, parfois aussi des hallucinations de l'ouïe, de nature pénible.

Un fait remarquable, c'est la modification habituelle des symptômes de tabes au moment où se développent les troubles mentaux ; très souvent, les troubles moteurs et le signe de Romberg sont atténués notablement.

Dans le tableau clinique actuel, le tabes préexistant n'est guère représenté que par la démarche qui garde quelque chose de caractéristique, par l'absence du réflexe rotulien, et par les troubles de la sensibilité peu ou point modifiés.

Cette régression brusque des signes d'ataxie avait été vue par Baillarger.

Rey (1875) et J. Falret (1877) l'ont également signalée. M. Christian (1879) relève dans son observation « ce fait singulier que la paralysie générale a éclaté juste au moment où l'ataxie paraissait guérie. »

Un malade de M. Raymond, ataxique depuis huit ans, voit ses troubles moteurs s'améliorer au moment où se développent les signes de paralysie générale (*Société médicale des hopitaux*, 1892). Le professeur Fournier parle d'un de ses malades, ancien tabétique, chez lequel « soit sous l'influence du traitement, soit spontanément, les symptômes disparaissaient pour un temps » ; peu après le malade devenait paralytique général (*Bulletin médi-*

cal, 1893, p. 542). Le professeur Joffroy en a rapporté, au Congrès de Clermont-Ferrand (1894), deux cas très nets : « Fait remarquable, ce malade (ancien tabétique devenu paralytique général après quatre ans) présentait une amélioration très mar quée de la marche et la disparition du signe de Romberg...

« Chez un autre malade, pendant dix ans on observa les symptômes de tabes au complet ; puis survinrent les signes de paralysie générale avec disparition des symptômes d'incoordination et du signe de Romberg. »

J'ai eu l'occasion, dans ces dernières années, d'observer à Vanves quatre cas tout à fait semblables sous ce rapport : malades tabétiques depuis sept à douze ans, chez lesquels le développement rapide des symptômes de paralysie générale s'accompagna d'une atténuation considérable des phénomènes ataxiques.

La paralysie générale tabétique est alors à la période d'état. Les malades sont ordinairement *turbulents* plutôt qu'agités, parfois ils tombent dans la dépression. Ces états de dépression et d'excitation alternent irrégulièrement chez eux ; ils sont *très mobiles*, comme les idées délirantes elles-mêmes. Les vertiges, les accès d'épilepsie partielle, sans perte de connaissance, sont assez fréquents.

L'amélioration motrice persiste souvent jusqu'à la fin. Les mouvements et la force musculaire sont conservés, et d'ordinaire le malade meurt *debout*, emporté par un ictus cérébral.

La durée de la paralysie générale tabétique est presque toujours très longue, sept ans, huit ans, dix ans, quinze ans, vingt-trois ans dans un cas de Baillarger. Mais cette durée tient à la longueur de la période tabétique, de beaucoup supérieure à la longueur de la paralysie générale. Quand celle-ci est confirmée, la maladie se termine souvent en quelques mois (J. Falret). Dans les cas que j'ai observés, sa durée a varié de six à dix-huit mois.

2. *Variété spasmodique* (forme de sclérose latérale, Klippel ; *tabes moteur* de Pierret). — Cette seconde variété, que j'ai étudiée ailleurs [1], est une des variétés terminales de la paralysie générale. Elle s'annonce, dès la période d'état d'une paralysie géné-

1. F.-L. Arnaud, *Sur la période terminale de la paralysie générale* (*Annal. m.-p.*, janv. 1897.) — *Archives de neurologie*, juin 1897.

rale ordinaire, par l'apparition de raideurs musculaires, de spasmes, de contractures d'intensité et de durée variables ; les réflexes sont exagérés, il y a quelquefois de l'épilepsie spinale. Ces phénomènes spasmodiques, souvent unilatéraux, quelquefois bilatéraux, sont assez mobiles, au moins pendant quelque temps[1]. Mais ils se fixent à la longue et s'aggravent de plus en plus. Les mouvements deviennent très difficiles ; les malades sont confinés au lit ou dans un fauteuil pendant une période qui peut se prolonger plusieurs mois et même plusieurs années. Les mouvements actifs, spontanés, bien que très réduits, restent possibles longtemps encore. Au contraire, si l'on essaye d'imprimer aux membres des mouvements passifs, on rencontre une résistance parfois insurmontable. Les contractures deviennent quelquefois définitives, les membres se rétractent et s'atrophient plus ou moins.

Dans cette deuxième variété, les ictus cérébraux sont généralement nombreux et assez rapprochés. La mort est due soit à un ictus, soit à une complication pulmonaire (congestion le plus souvent), soit à une de ces causes mal définies ou passées inaperçues que l'on range sous la vague dénomination de *marasme paralytique*.

M. Klippel, dans le travail cité plus haut, a signalé trois autres formes spinales de la paralysie générale : formes *amyotrophique*, *bulbaire* et *névritique*. Ce sont, d'après l'auteur, des formes de début. Mais il nous a paru qu'il s'agissait là de simples complications de la paralysie générale ou d'associations accidentelles plutôt que de formes cliniques véritables.

ARTICLE V. — Opinions sur les limites de la paralysie générale.

« La découverte de la paralysie générale, a écrit Baillarger[2], est le plus grand progrès qu'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales. » Il n'est que juste d'ajouter que Baillarger a contribué pour beaucoup à ce progrès, qu'il a été l'un des bons ouvriers de cette œuvre importante.

1. Voir : Thèse de Trénel, 1894.
2. *Annal. méd.-psych.*, 1859, p. 509.

Mais à peine réalisé, grâce aux travaux de Bayle et de Calmeil inspirés par Royer-Collard[1], ce progrès était traversé, ralenti et parfois compromis par des confusions et par des erreurs auxquelles Baillarger lui-même n'est pas demeuré complètement étranger.

Pour Esquirol[2] et ses élèves Georget[3] et Delaye[4], la paralysie était, *au même titre* que *la phtisie* et le *scorbut*, une *complication* de toutes les *folies en général*. La doctrine se résumait en cette phrase de Georget : « Le cerveau, d'abord affecté presque exclusivement comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent nerveux ; de là, les paralysies fréquentes chez les aliénés. »

Calmeil[5] donne de *cette paralysie spéciale* une description clinique infiniment plus exacte et approfondie que les auteurs précédents, mais il continue à la considérer, en dépit des travaux de Bayle déjà parus, comme *une complication* des *folies quelconques*.

C'est Bayle[6] qui, le premier, fait de la paralysie générale une maladie distincte dont « les symptômes peuvent tous se réduire à une *paralysie générale* et *incomplète* et au dérangement des facultés intellectuelles. » — Les troubles physiques ne sont pas quelconques. Bayle décrit leurs caractères spéciaux ; il montre que ces troubles physiques ne viennent pas compliquer les folies chroniques en général, mais que, au contraire, ils suivent de près l'apparition de *certains* troubles intellectuels, ceux-ci consistant en une manie ambitieuse caractérisée, *dès le début*, par l'affaiblissement des facultés, et se terminant par la démence

1. On a beaucoup discuté sur la priorité de la découverte de la paralysie générale. Il n'est pas contestable que cette priorité appartient à Bayle; même après la publication de ses trois ouvrages (1822, 1825, 1826), Esquirol et ses élèves faisaient toujours de la paralysie une *complication* de la folie. L'honneur de la découverte de Bayle revient cependant en grande partie à son maître Royer-Collard, qui a inspiré aussi le livre premier de Calmeil.

2. *Dictionn. des Sciences médicales* (1814-1816). — *Des maladies mentales*, 1838.

3. *De la folie*. Paris, 1820.

4. *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*. Th. de Paris, 1824.

5. *De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826.

6. *Recherches sur l'arachnitis chronique, etc.* Th. Paris, 1822. — *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Paris, 1825. — *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826.

complète. Bayle s'élève ainsi à la conception d'une maladie particulière, autonome et *primitive*, dont il croit trouver la lésion dans une *arachnitis* ou *méningite chronique ;* il établit *l'unité* de la paralysie générale par opposition à la doctrine *dualiste* d'Esquirol et de son école.

Certes, les idées de Bayle ne sont pas toutes rigoureusement exactes. Il s'est trompé en plaçant dans les méninges la lésion essentielle de la paralysie générale. Au point de vue clinique, et bien qu'ayant vu des paralytiques mélancoliques, il n'a décrit qu'une des formes de la maladie, la forme expansive. Il a, de plus, introduit dans sa description une rigueur artificielle et que les faits ne comportent pas, en distinguant ses trois périodes de *monomanie*, de *manie* et de *démence*, etc. Mais enfin, après lui, l'espèce nouvelle existait dans ses traits essentiels.

Une réaction contre l'œuvre de Bayle ne tarda pas à se dessiner ; Baillarger en fut le promoteur principal. Elle n'a pas cessé depuis et elle se poursuit encore, remettant sans cesse en question l'unité de la paralysie générale et même son existence en tant que maladie autonome. Il me paraît indispensable, avant d'aborder le diagnostic différentiel, de résumer les moments principaux de cette longue controverse qui touche aux bases mêmes du diagnostic, puisqu'il s'agit de la nature et des limites de la paralysie générale.

La doctrine de Bayle a soutenu trois grands assauts : le premier, à propos de « la paralysie générale sans aliénation » ; — le second, à propos des « folies congestives » ; — le troisième, le plus récent, au sujet des « pseudo-paralysies générales. »

I. Paralysie générale sans aliénation. — L'idée d'une paralysie générale sans aliénation est née des recherches de Baillarger[1] ; elle est une réaction à la fois contre la manière de voir d'Esquirol et de ses élèves et contre la doctrine de Bayle.

Contre la première, Baillarger établit que la paralysie générale n'est pas *une complication de la folie*, puisqu'on voit d'ordinaire les symptômes paralytiques *accompagner dès le début* ou même précéder les troubles intellectuels.

1. *Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplète* (Gazette des hopitaux, juillet 1846). — *Note sur la paralysie générale (Ann. méd.-psych.*, 1847).

Contre Bayle, il soutient d'abord que les symptômes paralytiques peuvent précéder le dérangement des facultés mentales, et qu'ensuite le délire ambitieux et même toute espèce de délire fait souvent défaut pendant toute la durée de la maladie, le trouble mental se réduisant dans ces cas à *la démence*.

Or, la démence n'est pas la folie; « l'abolition pure et simple de l'intelligence et la folie sont deux choses parfaitement différentes et que personne ne confond [1]. » Il en conclut que la paralysie générale est une affection *spéciale* et bien définie, distincte de la folie; c'est une *démence paralytique* apparaissant souvent, comme l'avait déjà admis Delaye, chez des gens *parfaitement sains d'esprit*, et « qui peut exister sans délire, *sans aliénation*, sans autre chose que la démence [2] »; — elle est « identique, dans ses symptômes et dans ses altérations anatomiques, à la paralysie des vieillards, à l'hydrocéphalie chronique des adultes et à l'hydrocéphalie consécutive à des altérations locales du cerveau... Dans un assez grand nombre de cas, la couche corticale du cerveau a été trouvée parfaitement saine [3]. » — Dans cette théorie, la paralysie générale (démence paralytique), affection cérébrale particulière, peut *évoluer seule* ou *se compliquer* de folie; c'est exactement l'opposé de la doctrine d'Esquirol. C'est ainsi qu'il faut entendre le *dualisme* que Baillarger a passé sa longue vie scientifique à défendre, à fortifier, à compléter par une série de recherches aussi remarquables par l'exactitude, par la sagacité de l'observation clinique, que par l'ingéniosité, quelquefois un peu subtile, des interprétations.

Nous n'insisterons pas sur les confusions qu'il est possible de relever dans cette conception de la paralysie générale, évidemment appuyée sur des faits disparates puisqu'elle accepte *l'identité clinique* et *anatomique* de la paralysie générale et de la paralysie des vieillards, des hydrocéphalies, de certaines lésions locales du cerveau, puisqu'elle accepte encore l'absence de toute lésion cérébrale à l'autopsie. Si tout cela est vrai, la paralysie générale n'est plus, comme le veut Baillarger, une maladie

1. Baillarger, *Note sur la paralysie générale* (*Annales*, 1847, p 340).
2. Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1816, t. VIII, p. 134.
3. Baillarger, *Nouvelles considérations*.

spéciale et bien définie ; elle n'est qu'un simple *syndrôme* dépendant de maladies très diverses.

Pour ce qui concerne les troubles intellectuels, Baillarger est revenu lui-même, de par l'évidence des faits, sur ce que ses premières affirmations avaient de trop absolu. Dans la discussion sur la paralysie générale qui eut lieu, en 1858, à la Société médico-psychologique, il disait : « Il y a plus de dix ans, j'ai fait entrer la démence dans la définition de la paralysie générale, au même titre que les symptômes de la paralysie... Dans les symptômes de paralysie, je comprenais les signes de démence, car la démence est, comme on l'a fait remarquer, une véritable paralysie de l'intelligence. J'ajoute encore que l'affaiblissement de l'intelligence étant le plus souvent dès le début, et devenant toujours par ses progrès une véritable aliénation mentale... *je n'ai jamais admis de paralysie générale sans aliénation mentale*[1]. »

Requin, Lunier, Sandras, Rostan, C. Pinel, etc., ont soutenu, après Baillarger, l'existence d'une paralysie générale *sans aliénation ;* ils admettent, ce qui n'a jamais été dans la pensée de Baillarger, *plusieurs espèces* de paralysie générale, l'une avec aliénation, l'autre ou les autres sans aliénation.

Requin[2] propose de substituer au terme *paralysie générale des aliénés* celui de *paralysie générale progressive*, parce que, « quelquefois, on la voit faire invasion chez des personnes *jusque-là saines d'esprit*, et n'aboutir à la démence confirmée que plus ou moins tard » (loc. cit., p. 90). — L'unique observation que donne Requin est résumée en quatre lignes et ne contient aucun détail précis ; encore y est-il dit que le malade, « dans un laps de trois années environ, fut, *par une dégradation successive, conduit à la démence* et de la démence à la mort. » Requin admet encore une *forme rapide* de la paralysie générale progressive, et il rapporte, comme preuve à l'appui, une observation suivie d'autopsie (p. 88 et 89), qui est, sans doute, possible par ses symptômes comme par ses lésions anatomiques, un cas de méningite subaiguë d'une durée de trois mois.

1. *Annales médico-psychologiques*, 1859, t. V, p. 289.
2. *Éléments de pathologie médicale*, 1846.

Lunier[1] accepte et développe toutes les idées primitives de Baillarger ; mais il donne comme exemples de paralysie générale n'ayant été « ni précédée d'aliénation mentale, *ni accompagnée de démence* », des observations évidemment étrangères pour la plupart à la paralysie générale. Pour lui, « l'épilepsie, l'éclampsie des enfants et surtout celle des femmes en couches, produisent très souvent la paralysie générale. » *Tous les produits accidentels* développés dans l'encéphale ont la même influence.

Sandras[2] adopte aussi la paralysie générale progressive de Requin. Il pense que si « *en dehors de l'aliénation mentale*, la paralysie générale n'est pas très commune, elle n'en est pas moins *certaine ;* elle se montre dans des conditions morbides tout à fait différentes » (*loc. cit.*, t. II, p. 87). Et il rapporte comme cas de paralysie générale des observations avec paralysie *plus ou moins généralisée* dans lesquelles la paralysie est *réelle*, porte principalement sur les *extenseurs*, se développe *rapidement*, marche *des extrémités vers la racine des membres*, s'accompagne de *douleurs vives* à la pression et à l'occasion des mouvements passifs, etc. ; — bref, des observations qui appartiennent soit à la polynévrite, soit à l'atrophie musculaire progressive, soit à une poliomyélite, mais nullement à la paralysie générale. De plus, ces sujets, qui sont donnés comme n'ayant aucun symptôme d'aliénation, présentent, de l'aveu de Sandras, de l'affaiblissement des facultés, surtout de la mémoire, s'irritent et rient « sans motif », ont des hallucinations de la vue. Enfin, d'ordinaire, ils guérissent ou s'améliorent en peu de temps. Dans certains cas mortels, l'autopsie ne révèle aucune lésion cérébrale.

Enfin, Rostan et Casimir Pinel[3] vont plus loin encore et ils soutiennent que, « sur six paralytiques généraux, cinq ne sont pas aliénés. » C'est vraiment vouloir trop prouver.

D'après les citations qui précèdent, il est évident que l'histoire de la prétendue paralysie générale *sans aliénation* a été faite avec des faits étrangers à la paralysie générale, et que, par consé-

1. *Recherches sur la paralysie générale progressive (Annales médico-psychologiques*, t. I., 1849).
2. *Traité pratique des maladies nerveuses*, 2 vol. Paris, 1851.
3. *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 119.

quent, elle n'a établi, à aucun degré, la démonstration de l'existence de plusieurs espèces de paralysie générale. De la discussion soulevée par Baillarger, il est cependant résulté la preuve que les troubles physiques prédominent, dans certains cas, au début de la paralysie générale, et que la maladie peut évoluer entièrement sans présenter ce délire ambitieux que Bayle croyait spécifique, sans présenter même un délire bien évident; les troubles psychiques consistent alors essentiellement en une démence progressive. Ces faits s'observent surtout en dehors des asiles, dans les hopitaux ordinaires ou dans la clientèle de ville. On peut donc admettre, à la rigueur, qu'il y ait des cas de paralysie générale *sans délire;* il n'y en a pas *sans aliénation.* Je crois, d'ailleurs, que ces paralysies générales *sans délire* sont exceptionnelles, et qu'en suivant les malades de près on relève tôt ou tard, dans l'immense majorité des cas, quelques conceptions délirantes.

II. Folies congestives et paralytiques. — La théorie des folies congestives de Baillarger[1] représente le développement des idées que nous avons vues en germe à propos de la paralysie générale sans aliénation.

Pour Baillarger, la paralysie générale (démence paralytique) n'a pas trois ordres de symptômes essentiels : *folie, démence, paralysie;* elle n'en a que deux : *démence* et *paralysie.* Que sont alors ces délires à physionomie particulière que l'on observe si souvent — dans la majorité des cas, dit Baillarger lui-même — chez les paralytiques généraux : *manie ambitieuse* décrite par Bayle, Parchappe, J. Falret et tant d'autres; *délire hypocondriaque,* si justement signalé par Baillarger? D'après la théorie, ce sont des *folies spéciales* « caractérisées par le délire des grandeurs ou le délire hypocondriaque, par l'hésitation de la parole, et, le plus souvent, par l'inégalité des pupilles »; la présence de ces signes physiques, dus à la congestion cérébrale, les distingue des folies simples. Elles peuvent guérir comme les folies simples, mais plus rarement; elles se terminent, d'ordinaire, après un ou plusieurs accès, non par la démence simple, mais par la démence paralytique. Ces folies *congestives* ou *paralytiques* (pa-

1. *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux* (*Annales médico-psychologiques*, 1858). — *Théorie de la paralysie générale* (*Annales méd.-psych.*, 1883).

ralysies générales latentes de Westphal) précèdent très souvent ou accompagnent la démence paralytique, mais elles n'en ont pas moins « leur existence propre et tout à fait indépendante de la paralysie générale. » La preuve, c'est qu'elles peuvent guérir ou se terminer par la démence simple, et que dans les cas terminés par la mort, les lésions de la paralysie générale sont souvent *absentes*. Ces *folies paralytiques* doivent donc former une catégorie spéciale à côté des folies simples, mais d'un pronostic plus grave.

Toute l'argumentation de Baillarger repose sur deux points principaux; l'un d'ordre clinique : les difficultés de diagnostic que présente la paralysie générale au début; — l'autre d'ordre *théorique :* la conception de la manie, de la mélancolie et de la démence, comme des *espèces morbides* distinctes.

Il est incontestable que certains états psychopathiques, plus ou moins analogues à la paralysie générale, s'en séparent complètement par leur évolution et par leurs conditions anatomopathologiques. Mais cela ne démontre pas l'existence d'une classe de folies particulières; cela démontre seulement la nécessité de nouvelles recherches en vue de fixer le diagnostic plus tôt et avec plus de précision. Nous retrouverons cette question à propos des *pseudo-paralysies générales*.

Il est certain, d'autre part, que la description ordinaire de la paralysie générale, telle que l'ont faite Bayle, Parchappe, Moreau (de Tours), J. Falret, etc., ruine la classification d'Esquirol. Si la manie, la monomanie, la mélancolie, la démence étaient des *espèces* morbides véritables, on ne les retrouverait pas si souvent, en rapport de succession ou de coexistence, chez un même malade, au cours d'une même maladie. Or, Baillarger, en disciple toujours fidèle d'Esquirol, n'admet pas que l'on mette en doute les *espèces* manie, mélancolie, démence. De là tous ses efforts pour établir « l'indépendance » réciproque de la *démence* paralytique et des *folies* paralytiques confondues à tort, selon lui, dans une même description, par les partisans de la théorie *unitaire* de la paralysie générale.

Mais il y a bien d'autres difficultés. Les folies *congestives* ou paralytiques ne sont embarrassantes qu'à propos des premières périodes de la paralysie générale. Il existe d'autres psychopathies qui présentent à peu près au complet l'ensemble des symptômes

physiques et psychiques de la paralysie générale, y compris la démence; et cependant, ces états morbides peuvent se terminer par la guérison ou présenter à l'autopsie des altérations très différentes de celles de la paralysie générale. Ce sont les faits de cet ordre que l'on a groupés sous le nom de *pseudo-paralysies* générales.

III. Pseudo-Paralysies générales [1]. — L'expression de *pseudo-paralysie générale* semble avoir été employée pour la première fois, en 1851, par Delasiauve. Il l'appliquait, en particulier, à une forme de l'encéphalopathie saturnine, et, d'une manière générale, à tous les états morbides empruntant la physionomie clinique de la paralysie générale : hémorragie cérébrale, ramollissement, paralysies épileptique, pellagreuse, alcoolique, saturnine, etc. Par opposition à la paralysie générale vraie, idiopathique, ces divers états constituent « ce qu'on pourrait appeler la pseudo-paralysie générale symptomatique [2]. »

Aubanel et Sauze emploient dans le même sens pratique le mot de pseudo-paralysie générale à propos d'une observation de cancer du cervelet pris pour une paralysie générale [3] et de certains cas de paralysie *généralisée* survenant chez les vieillards à la suite d'une hémiplégie.

Ce terme a été repris plus tard avec une signification qu'on a voulu rendre plus précise. En 1870, Hoffmann et Nasse décrivaient une pseudo-paralysie générale alcoolique.

Le professeur Fournier créait, en 1879 [4], la *pseudo-paralysie générale syphilitique*. M. Régis reprenait (1880-1885) la question des pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Enfin, plus récemment, M. Klippel a décrit des pseudo-paralysies géné-

1. Voir surtout, pour la pseudo-paralysie générale *alcoolique :* Moreaux, thèse de Paris, 1881. — Lacaille, *id.*, 1881. — Régis, *Ann. méd.-psych.*, 1881; *Encéphale*, 1883. — Rouillard, *Les pseudo-paralysies générales* (*Gaz. des hôpit.*, 7 juillet 1888). —Vallon, *Pseudo-paralysies saturnine et alcoolique*. Paris, 1894. — Pour la *pseudo-syphilitique :* Fournier, *La syphilis du cerveau*, 1879. — Foville, *Rapports de la syphilis et de la paralysie générale* (*Annales méd.-psych.*, 1879). — Morel-Lavallée et Bélières, *Syphilis et paralysie générale*. Paris, 1889.

2. Delasiauve, *Ann. méd.-psych.*, 1851, p. 615, et 1858, p. 459.

3. *Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 436.

4. Fournier, *La syphilis du cerveau.*

rales *arthritique, névritique*, etc.[1]. — De nombreux travaux ont été consacrés aux pseudo-paralysies générales, les uns favorables, les autres contraires à leur existence. Le problème clinique s'est compliqué de considérations théoriques; il n'y a pas gagné en clarté. Quelle que soit la *pseudo* considérée en particulier, les questions soulevées et les arguments produits de part et d'autre sont les mêmes. Nous pouvons donc, pour éviter des redites, en faire un rapide examen d'ensemble.

La conception générale des *pseudo* repose sur cette hypothèse que certaines causes morbides (alcool, syphilis, plomb, etc.) sont *incapables* de produire la *paralysie générale vraie;* qu'elles peuvent seulement déterminer des états pathologiques analogues, quoique différents, par leurs symptômes, mais différents surtout par leur évolution (*états paralysoïdes* de Lasègue). L'évolution des *pseudo* est régressive, elle aboutit à la guérison, tandis que la *paralysie générale vraie* est *progressive* par définition et *incurable*. Cette différence dans la terminaison implique nécessairement une différence dans les altérations anatomiques.

Cette doctrine est formulée avec toute la netteté possible par les auteurs. M. Fournier déclare (1879) qu' « il est impossible d'assimiler à la paralysie générale l'état morbide qu'on a si imprudemment décoré du nom de paralysie générale syphilitique. »

Pour M. Régis « la paralysie générale saturnine n'existe pas » ; — « l'alcool, le saturnisme, la syphilis, et, en général, toutes les causes palpables, matérielles, n'ont en réalité qu'une action des plus secondaires sur le développement de la paralysie générale véritable[2]. »

Lacaille[3] se prononce complètement pour l'opinion qui « refuse à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale. » Blache[4] adopte la même manière de voir, etc.

Mais la doctrine a subi des modifications, et il n'est pas toujours facile de se reconnaître au milieu des opinions successives des auteurs. Delasiauve, après avoir dit que le saturnisme crée une pseudo-paralysie générale, acceptait l'idée d'une *paralysie générale vraie, d'origine saturnine*. On admet que les pseudo (et

1. Klippel, *Rev. de méd.*, 1892. — *Gazette hebdomad.*, 1893.
2. Régis. *Annal. méd.-psych.* 1880 ; *Encéphale*, 1883.
3. Thèse citée, 1881.
4. *Essai sur les pseudo-paralysies générales*, 1884.

surtout la pseudo-paralysie générale alcoolique) peuvent aboutir à la *paralysie générale vraie*, qui, dans ce cas, serait une affection secondaire. En ce qui concerne la syphilis, nous voyons qu'elle est aujourd'hui regardée comme la *grande cause* de la *paralysie générale vraie* par les partisans mêmes des pseudo-paralysie générales. A cette première difficulté d'ordre théorique s'ajoutent des dissidences sur le terrain même de l'observation. On n'est pas unanime, et tant s'en faut, sur la valeur et la signification des symptômes. Les uns admettent la possibilité d'un *diagnostic clinique* entre la fausse et la vraie paralysie générale, d'autres soutiennent que les distinctions invoquées sont de simples nuances individuelles, sans valeur réelle. L'accord n'est pas complet, non plus, à propos des altérations anatomiques. Pour la pseudo-paralysie générale syphilitique, M. Fournier avait admis que ses lésions étaient *diffuses* et *méningo-corticales*, comme dans la paralysie générale ordinaire, avec cette différence que la diffusion était moindre et que le maximum des altérations portait sur les méninges (sclérose méningée, avec symphise méningo-cérébrale). Foville objectait qu'une différence de ce genre ne saurait suffire à distinguer les deux affections. Pour lui, la pseudo-paralysie générale syphilitique serait caractérisée anatomiquement par des *syphilomes multiples* et non par des lésions diffuses. Régis, Mendel, partagent cette manière de voir,

Reste l'évolution. Ici, l'on s'entend mieux, et l'on oppose généralement l'évolution *régressive* et la *curabilité* des pseudo à la marche fatalement progressive et à l'incurabilité de la paralysie générale vraie. Cette opposition n'est pourtant pas absolue et, sans parler des *récidives* fréquentes, on connaît des cas assez nombreux de pseudo terminés par la mort (cas de Nasse, Marcé, Dagonet, Baillarger, Fournier, Régis, A. Voisin, Camuset, etc.).

Mais si les causes qui produisent les pseudo-paralysies générales peuvent aussi donner naissance à la paralysie générale légitime, soit secondairement, soit primitivement, ainsi que beaucoup l'admettent aujourd'hui pour la syphilis, la difficulté devient insurmontable. Ni les symptômes, ni la notion de cause ne pouvant servir à étayer le diagnostic, l'évolution étant elle-même un élément très incertain, la question ainsi posée est réellement insoluble avant l'autopsie.

Ces incertitudes dans la doctrine, ces difficultés dans l'inter-

prétation des faits fournissent autant d'arguments aux nombreux adversaires des pseudo-paralysies générales. Pour eux, les faits qualifiés pseudo-paralysies ne correspondent d'aucune façon à une forme morbide particulière qui mériterait « *une place à part* dans la classification des maladies mentales » (Baillarger [1]); ce sont ou bien *des erreurs de diagnostic totales*, ces faits pouvant être cliniquement distingués de la paralysie générale vraie, ou bien *des observations incomplètes* portant sur les premières périodes d'une paralysie générale authentique, périodes pendant lesquelles s'observent des *rémissions* notables et même des *guérisons* (Doutrebente, Vallon, etc.).

Dans les deux cas, il s'agit, suivant l'expression du professeur Pierret, d'un *pseudo-diagnostic*.

M. Vallon [2], en particulier, a soutenu cette manière de voir.

Il a montré qu'un assez grand nombre de pseudo-paralytiques guéris n'ont jamais été qu'en état de rémission, qu'ils sont redevenus malades et qu'ils ont fini par la paralysie générale la moins contestable. Quant aux cas de guérison réelle, M. Vallon ne voit pas de raison suffisante de les exclure du cadre de la paralysie générale vraie; cette exclusion présuppose « le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale », dogme qu'il se refuse à admettre. Il semble bien que le petit nombre des cas de pseudo irréductibles aux deux catégories précédentes soient « de simples curiosités cliniques [3]. »

La théorie des pseudo-paralysies générales n'est, au fond, qu'un autre aspect, plus étendu, de la doctrine des *folies congestives* ou *paralytiques* de Baillarger. Plus compréhensives que ces dernières, les pseudo-paralysies générales englobent les *pseudo-démences paralytiques curables* [4]. Baillarger lui-même avait fini par rattacher aux pseudo les cas de *sa folie paralytique* (ancienne folie congestive) terminés par la démence simple ou par la paralysie générale vraie [5].

Les travaux récents sur les *névrites périphériques* leur ont ouvert un nouveau domaine, et M. Klippel a pu décrire les *pseudo-*

1. *Annal. méd.-psych.*, 1889, p. 208.
2. *Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique*, loc. cit.
3. Camuset, *Annal. méd.-psych.*, 1883.
4. Baillarger, *Annal. méd.-psych.*, 1879, I, p. 5.
5. *Annal. méd.-psych.*, 1889, p. 208.

paralysies générales névritiques[1]. Il a voulu, en même temps, introduire un peu d'ordre dans tous ces faits disparates ; d'où son classement des pseudo en deux groupes anatomiques :

1° *Maladies à lésions essentiellement centrales* (pseudo-paralysie générale syphilitique et arthritique),

2° *Maladies à lésions essentiellement périphériques* (probablement toutes les pseudo-paralysies générales toxiques, celle des alcooliques en première ligne).

Mais ce dernier groupe comprend, avec des états toxiques, une foule d'états *infectieux*, tout comme le premier groupe.

Enfin, par une conséquence logique, on s'est avisé que depuis longtemps déjà des relations plus ou moins étroites avaient été signalées entre la paralysie générale vraie et la plupart des états infectieux et toxiques : choléra, fièvre typhoïde, érysipèle, diphtérie, variole, ergotisme, arsénicisme, etc. Les cas analogues se sont multipliés depuis quelques années ; on a mis successivement en cause la puerpuéralité, la grippe, le diabète, la tuberculose, les empoisonnements par le sulfure et l'oxyde de carbone, etc., etc. Dans l'ensemble de ces faits, on a trouvé tous les intermédiaires, depuis les cas n'ayant avec la paralysie générale qu'une ressemblance superficielle, jusqu'à ceux qui présentent avec elle une complète identité clinique, corroborée par des examens anatomiques plus ou moins concluants. C'est ainsi que, sur la voie ouverte par la syphilis, se présente aujourd'hui la *théorie infectieuse* de la paralysie générale. Quel que soit l'avenir réservé à cette doctrine, elle n'est aujourd'hui qu'une simple hypothèse. Mais il est bon d'observer que sa vérification ruinerait complètement la théorie des pseudo-paralysies générales.

Au point de vue pratique, tout au moins, convient-il de conserver le terme de pseudo-paralysie générale?

Quelques auteurs hostiles à la théorie, M. Ballet notamment, pensent que le mot est utile pour fixer l'attention sur les difficultés du diagnostic. Malheureusement, on abuse vraiment du mot. Après les pseudo-paralysies générales *saturnine, pellagreuse, alcoolique, syphilitique,* nous avons eu les pseudo-*névritiques, tabétiques, arthritiques* (Klippel), *diabétiques*. M. Régis a parlé des pseudo-paralysies générales *hystérique* et *neurasthénique*, etc.

1. *Gaz. hebd.*, 4 février 1893.

A en juger par le passé, le bénéfice est plus que douteux pour l'avenir ; un mot sans signification précise a toujours cet inconvénient grave de dissimuler notre ignorance et de masquer la difficulté qu'il recouvre : « Mieux vaut étudier ces faits plus complètement, c'est ainsi que les erreurs deviendront des exceptions » (Magnan et Sérieux).

En résumé, ni les *folies congestives*, ni les pseudo-paralysies générales n'ont apporté une réponse à cette question qui est le fond de tous ces débats. La paralysie générale est-*elle une maladie distincte*, ou un *groupe de maladies* ou un *syndrôme clinique?*

Tout au plus, ont-elles fait naître des doutes tant sur l'unité que sur l'essentialité de la maladie ; mais la question est toujours ouverte. Pour nous, qui devons étudier ici *le diagnostic de la paralysie générale*, nous continuerons à la regarder comme une *maladie particulière* et nous nous appliquerons à rechercher, dans les chapitres suivants, les signes qui peuvent permettre de la distinguer des divers états morbides plus ou moins analogues.

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic différentiel[1].

ARTICLE PREMIER. — Folies.

La question de diagnostic avec la paralysie générale peut être posée à propos de tous les états vésaniques. Cependant, j'éliminerai complètement les délires systématisés, dont le type est le *délire de persécution* classique ou *délire chronique* de M. Magnan. Ce diagnostic, qui avait sa raison d'être à l'époque où la *mono-*

1. Outre les ouvrages classiques sur la paralysie générale et les nombreux travaux que je cite au cours de ce rapport, deux Mémoires spécialement consacrés au diagnostic de la paralysie générale seront consultés avec fruit : — Christian, *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale* (*Annales médico-psychologiques*, 1884). — Taty et Belous, *Étude sur le diagnostic de la paralysie générale* (*Province médicale*, décembre 1896, mars 1897).

manie ambitieuse était donnée comme caractéristique de la paralysie générale, a été fait de main de maître et définitivement, en particulier par M. J. Falret, dans sa thèse de 1853, et, depuis, par tous les auteurs. Il est tout à fait inutile d'y revenir, tant les différences sont profondes et manifestes entre les deux catégories de malades.

Il n'en est pas de même des états d'excitation et de dépression qui apparaissent dans le cours ou au début de la paralysie générale; il n'en est surtout pas de même pour les divers délires qui surviennent chez les *débiles*. Dans ces différents cas, une étude attentive est souvent nécessaire pour que l'on puisse prononcer entre une paralysie générale et un état vésanique simple.

A. Folies dépressives. — La paralysie générale affecte avec les états mélancoliques des rapports plus ou moins étroits, soit à sa période prodromique, soit dans le cours de son évolution. La *dépression mélancolique*, la *mélancolie anxieuse* et la *stupeur* sont le plus souvent en cause.

1. — A la période prodromique de la paralysie générale, même dans les cas devant évoluer sous la forme expansive, on observe souvent (Guislain, Griesinger, Falret) une phase mélancolique d'une intensité variable. Il peut être très difficile de distinguer ces faits d'une mélancolie simple, vésanique. Les principaux éléments du diagnostic sont les suivants :

Dans la mélancolie prodromique de la paralysie générale, les idées de *culpabilité*, l'*hypocondrie morale* et l'auto-accusation sont infiniment plus rares que dans la mélancolie vésanique. Ce qui domine, c'est un état de dépression physique avec préoccupations hypocondriaques, craintes d'empoisonnement et de vol, sentiment d'une mort prochaine (J. Falret).

Parfois, cet état a été précédé ou s'accompagne de phénomènes congestifs, de vertiges, d'éblouissements, quelquefois d'ictus apoplectiformes. Il y a souvent de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue; mais ces derniers signes, surtout le tremblement, n'ont pas une grande valeur diagnostique, car ils ne sont pas rares dans la mélancolie vésanique.

On soupçonnera encore la paralysie générale à la mobilité, à l'inconsistance des conceptions délirantes, à une certaine absur-

dité qui, dès cette période, trahit l'irrémédiable affaiblissement des facultés. La connaissance d'une syphilis antérieure est un élément en faveur de la paralysie générale. Mais, dans certains cas, le diagnostic devra être réservé pendant quelques temps; l'évolution ne tardera pas alors à démontrer la nature de l'état morbide.

2. — Dans le cours de son évolution, quelquefois pendant toute sa durée, la paralysie générale peut présenter l'aspect de la mélancolie. Baillarger a montré qu'alors on observe, de préférence, un *délire hypochondriaque* de destruction ou de négation d'organes (voir ci-dessus, page 11). Baillarger croyait ce délire *spécial* à la paralysie générale. Nous savons, depuis Cotard[1], qu'on le rencontre dans la mélancolie anxieuse. Dans les deux cas, les idées délirantes peuvent être exprimées en termes identiques. Ce n'est donc pas dans le délire lui-même qu'il faut chercher des éléments de distinction, c'est plutôt dans l'état mental sous-jacent, c'est aussi dans la comparaison de l'ensemble des symptômes, dans les antécédents et dans la marche de la maladie.

Symptômes. — Nous avons déjà dit que les idées de culpabilité et d'auto-accusation sont exceptionnelles dans la paralysie générale dépressive, tandis qu'elles sont de règle dans la mélancolie anxieuse, avec ou sans idées de négation.

Le délire des négations du paralytique général est limité à son organisme, aux choses et aux personnes en rapport avec le malade ou dont on lui parle; il ne s'étend pas à la *sphère métaphysique*, ainsi que cela est si fréquent chez le mélancolique anxieux.

Dans les deux cas, on peut trouver des idées de grandeur. Mais, chez le paralytique, ces idées sont mobiles, peu ou point systématisées, simplement *juxtaposées* aux conceptions hypocondriaques; elles n'ont avec elles ni *lien logique*, ni rapport quelconque. Un de nos malades, par exemple, se plaint de n'avoir plus de vessie ni d'estomac, d'avoir une tête de chien cousue sur son corps, etc...; et, en même temps, il se dit général, millionnaire, il parle cinq langues étrangères, etc. Chez

1. *Délire des négations*, loc. cit.

l'anxieux, au contraire, les idées de grandeur sont *fixes et réellement systématisées*, elles ne sont pas quelconques; elles tiennent aux idées hypocondriaques par une logique si serrée que la plupart des auteurs les considèrent comme des *tentatives d'explication*. L'anxieux se croit immortel *parce que* ses fautes méritent un châtiment éternel; il est l'Antéchrist, il est Satan, *parce que* de tels personnages sont seuls capables de commettre les crimes monstrueux qu'il se reproche, etc. L'anxieux peut aussi présenter des *idées de satisfaction* (J. Dagonet, *loc. cit.*), mais relatives à son passé, à son ancienne personnalité.

Les *symptômes physiques* de la paralysie générale manquent chez les anxieux. Il existe cependant de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et même un léger embarras de la parole dans certains cas terminés par la guérison ; c'est la *mélancolie congestive* de Baillarger. Le diagnostic est alors particulièrement difficile et ne peut se faire qu'au moyen des autres signes énumérés et, en première ligne, de l'état mental.

Le maximum de fréquence de la paralysie générale s'observe *chez les hommes* et de trente-cinq à quarante-cinq ans; — la mélancolie anxieuse est plus fréquente *chez les femmes* et après cinquante-cinq ans.

La syphilis, rare dans les antécédents des anxieux comme des vésaniques en général, est relevée très souvent chez les paralytiques généraux.

Évolution. — Le délire hypocondriaque de la paralysie générale est consécutif à une phase d'agitation maniaque, ou bien il se développe d'emblée et rapidement.

Chez le mélancolique anxieux, ce délire est toujours précédé, immédiatement ou à un intervalle plus ou moins considérable, d'un ou de plusieurs accès de mélancolie simple.

Dans la paralysie générale, ce délire verse dans la démence progressive; il s'accompagne de symptômes physiques de plus en plus manifestes, d'ictus cérébraux, et il se termine par la mort.

Dans la mélancolie anxieuse, il se systématise de plus en plus, dans le sens des idées d'immortalité et d'énormité ; il peut durer très longtemps sans aboutir à la démence et sans altération appréciable de la santé physique; enfin, il guérit quelquefois.

Une cause d'erreur qu'il faut connaître est la suivante : certaines mélancolies, avec idées de culpabilité, de suicide et légère anxiété, aboutissent, après deux ou trois ans, à un état de dépression physique accompagnée d'idées hypocondriaques tout à fait semblables à celles des paralytiques généraux : le malade dit que ses membres sont cassés, que tout est détruit à l'intérieur, que sa tête fond, qu'il n'a plus de tête, etc. ; il y a, en outre, de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue, etc. On pourrait croire à une paralysie générale. Mais un examen plus approfondi montrera que ce malade n'est pas un dément, qu'il a conservé toute sa mémoire et la faculté de s'occuper très correctement de choses pratiques; de plus, l'âge n'est pas celui de la paralysie générale, et cet état peut se prolonger indéfiniment sans complications physiques et sans aboutir à la démence. J'ai vu plusieurs faits de ce genre; j'en ai un sous les yeux, en ce moment, que j'observe depuis quatre ans. C'est là un de ces points d'interrogation que soulève la terminaison des mélancolies.

3. — La paralysie générale peut enfin présenter tous les dehors de la *mélancolie avec stupeur*. Le diagnostic est alors, le plus souvent, impossible, car le mutisme et l'immobilité des malades suppriment la manifestation de la plupart des symptômes. Il ne reste guère que l'état des pupilles et celui de la langue. Mais ces éléments d'appréciation perdent ici toute importance ; on sait, en effet, que l'inégalité pupillaire et le tremblement de la langue sont loin d'être rares dans la stupeur vésanique. Dans ces cas, heureusement exceptionnels, on est réduit à attendre l'apparition de quelque symptôme plus significatif. Il arrive que le malade prononce quelques phrases, et l'on peut alors saisir l'embarras de la parole; ou encore (cas bien connu de Marcé) il exprime une idée de grandeur suffisante pour le diagnostic. Les ictus cérébraux ont une importance décisive.

Comme toujours, l'existence d'une syphilis antérieure est favorable au diagnostic de paralysie générale.

B. Folies expansives. — 1. L'exaltation maniaque, si heureusement décrite par M. J. Falret[1], existe rarement à l'état simple,

1. *Société médico-psychologique*. Janvier 1866. *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1890.

isolé; elle n'est le plus souvent que l'une des phases de la *folie circulaire* ou de la folie à *double forme*. Elle est caractérisée par un certain nombre de symptômes dont la plupart peuvent se rencontrer dans la *période prodromique* de la paralysie générale : surexcitation générale de toutes les facultés, désordre des actes, modification du caractère, sans trouble considérable de l'intelligence et sans incohérence du langage, etc. Aussi est-il souvent bien difficile de reconnaître l'exaltation maniaque *vésanique* et celle du début de la paralysie générale. Il existe néanmoins des signes différentiels dont la réunion acquiert une importance considérable pour le diagnostic. Nous les énumérerons principalement d'après M. J. Falret.

Dans l'exercice même des facultés mentales surexcitées, le futur paralytique se distingue du simple excité maniaque par des nuances qui ont leur valeur. Son humeur est plus changeante, ses projets et ses entreprises sont plus mobiles ; il a des accès de colère ridicules, inattendus, pour des motifs insignifiants, et, l'instant d'après, il redevient gai sans plus de raison. Il ne s'étonne de rien, il trouve toutes naturelles les choses les plus invraisemblables, les plus contraires à ses habitudes antérieures. Indifférent à des événements d'une grande importance pour lui, indifférent même pour les personnes qui le touchent de plus près, il s'émeut et se passionne pour des enfantillages ou pour des étrangers. Il manque totalement de suite dans les idées, de persévérance dans les actes, et il se laisse facilement conduire. L'excité maniaque est beaucoup moins inégal, sa personnalité est infiniment plus stable, plus semblable à elle-même, et aussi plus rétive.

Dans l'ordre intellectuel, s'il est vrai que parfois des sujets en imminence de paralysie générale manifestent « des aptitudes qu'on ne leur connaissait pas et qu'ils ne se connaissaient pas eux-mêmes », s'ils peuvent « inventer des procédés nouveaux, des combinaisons nouvelles dont ils n'auraient pas été capables avant leur maladie », on découvre chez eux « quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans leurs conceptions, en un mot, *des traces de démence commençante.* » Ce cachet démentiel n'appartient pas à l'exaltation maniaque vésanique. D'après M. Parant, ces traces de démence peuvent fort bien manquer à la période prodromique de la para-

lysie générale. Il est vrai que, dans les cas cités par lui, l'état des futurs paralytiques était tel que la question de maladie ne pouvait être posée. M. Parant a fort bien montré que l'intérêt de ces faits exceptionnels est surtout rétrospectif et médico-légal[1].

Un autre caractère, sur lequel M. Régis a insisté après M. Falret, est tiré des dispositions morales des malades : tandis que le paralytique est *doux, bienveillant et généreux*, au moins à la surface, l'excité maniaque est agressif, menteur, égoïste et méchant; il éprouve « une satisfaction vraiment satanique à nuire à ceux qui l'entourent » (J. Falret). M. Christian et beaucoup d'autres auteurs ont contesté la *bienveillance* des paralytiques généraux. On n'a pas eu de peine à citer de nombreux exemples de brutalité, d'égoïsme et de méchanceté chez ces malades. Il n'en reste pas moins vrai que si le paralytique général est parfaitement capable de malveillance et d'égoïsme, il n'a pas, comme l'excité maniaque, le *goût* du mal, la *persévérance* dans la méchanceté et l'*habileté* consommée à nuire à son entourage. Il y a là un signe qui peut avoir sa valeur.

D'utiles indications seront fournies par l'étude des *actes*. Chez le paralytique général, ils sont caractérisés par leur absurdité, leur inutilité manifeste, l'absence de toute espèce de motif ; souvent délictueux, ils peuvent être en même temps *préjudiciables à leur auteur*. Aussi, au point de vue médico-légal, l'examen des actes d'un malade qui offre les dehors de l'exaltation maniaque a-t-il une importance capitale.

Enfin, la paralysie générale à la période prodromique offre déjà certains *symptômes physiques :* poussées congestives, inégalité pupillaire, léger tremblement de la langue, etc. Ces signes ne se retrouvent généralement pas dans l'exaltation maniaque simple, et leur constatation suffit à la faire éliminer. Mais on peut observer ces signes physiques dans l'excitation maniaque appartenant à la folie circulaire ; on y a même signalé l'hésitation de la parole. Dans ces conditions et à défaut de symptômes psychiques probants, il sera prudent de suspendre tout diagnostic jusqu'à ce que l'évolution des symptômes vienne trancher la difficulté.

1. Parant, *De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la paralysie générale* (*Ann. méd.-psychol.*, 1887).

2. — La manie délirante est de règle dans la paralysie générale expansive. Dans la plupart des cas, elle se distingue par des caractères assez tranchés pour qu'il soit impossible de la confondre avec un accès de délire maniaque simple. Il y a cependant des faits douteux et embarrassants pour lesquels un examen rigoureux de tous les symptômes devient nécessaire.

Dans la paralysie générale, l'agitation maniaque est impulsive, *automatique;* le désordre des actes est énorme, souverainement maladroit, *absurde avec continuité*, sans qu'on puisse saisir, comme dans la manie, un rapport quelconque avec les idées actuelles, une tendance vers un but déterminé.

La physionomie est sans intelligence, souvent elle exprime la souffrance, tandis qu'elle est ordinairement vive et ironique dans la manie; la face est congestionnée, la langue et les lèvres sont sèches, la salive est épaissie, l'haleine forte; souvent la peau est chaude et il y a un léger mouvement fébrile coïncidant avec un pouls ralenti (état méningitique). Tous ces symptômes, qui trahissent un désordre organique profond et éveillent l'idée d'un délire aigu, sont étrangers à la manie franche, sans complication. On n'y rencontre pas davantage l'ensemble *des signes physiques* propres à la paralysie générale. On n'y voit pas, notamment, des *vertiges*, des *poussées congestives* accompagnées de parésies localisées, d'embarras notable, ou même de suppression momentanée de la parole, de rétention passagère des urines, etc.

Le *délire* est plus varié, plus brillant dans la manie et plus en rapport avec les circonstances extérieures. Dans la paralysie générale maniaque, le délire est indépendant du milieu extérieur; il est presque toujours dominé par les idées de satisfaction et de grandeur *multiples*, *mobiles, absurdes* et *contradictoires* entre elles, si bien décrites par M. J. Falret.

Mais ces idées existent quelquefois, avec des caractères analogues, en dehors de la paralysie générale, notamment dans les faits que Baillarger a décrits sous le nom de *manie congestive*. Il faudra donc, après le délire, examiner attentivement l'état mental sur lequel il s'est développé.

Chez le maniaque, la spontanéité intellectuelle et la personnalité subsistent; le malade peut, au moins momentanément, fixer son attention; sa mémoire n'est pas sensiblement amoin-

drie. Son incohérence, tenant à la surexcitation et non à l'affaiblissement des facultés, est plutôt dans l'expression et dans la forme que dans les idées elles-mêmes. Le maniaque, même très agité, conserve un certain sentiment de la réalité extérieure et des convenances qui se manifeste par des actes significatifs, par des réflexions justes. Voici un exemple entre beaucoup d'autres.

Un malade de Vanves, présentant un délire maniaque avec idées de grandeur à caractères paralytiques, avec inégalité pupillaire, etc., était tout nu dans sa cellule, criant, chantant, et occupé à faire des boulettes avec ses matières fécales. J'entre, et ne voyant pas ce qu'il faisait, je lui tends la main ; il retire la sienne en me faisant observer qu'elle *était trop sale*. Ce malade, l'évolution de son accès l'a prouvé, n'était pas un paralytique général. Je crois qu'un paralytique n'aurait pas retiré sa main.

Le paralytique général a perdu toute spontanéité, toute possession de soi ; chez lui, l'automatisme mental est complet, la personnalité aussi effacée que possible. Très suggestible, on le fait se contredire avec la plus grande facilité; il n'a presque plus conscience des idées désordonnées qui se succèdent dans son esprit, il passe de l'une à l'autre sans paraître s'en apercevoir. Son incohérence n'est pas seulement apparente, elle est réelle et profonde. De là ce caractère contradictoire et absurde qu'ont si généralement les idées des paralytiques généraux, même aux premières périodes. L'attention et la mémoire sont également affaiblies, tout sentiment des rapports logiques et des convenances morales a disparu. L'on ne retrouve pas ici ces actes, ces reparties qui dénotent la *présence d'esprit*, ni ces réponses correctes que l'on obtient, en insistant, du maniaque le plus agité.

Rappelons ce que nous avons dit pour les folies dépressives, à savoir que la constatation d'une syphilis antérieure est favorable à l'hypothèse de la paralysie générale. La marche de la maladie, dans les cas exceptionnellement épineux, viendra lever tous les doutes. Tandis que la manie guérit ou aboutit à la démence vésanique, sans troubles physiques et de durée indéfinie, on sait quelle est l'évolution psycho-physique de la paralysie générale et sa terminaison habituelle en un petit nombre d'années. On a cité deux ou trois observations[1] de manie simple ayant abouti,

1. Terrien, *Annales médico-psychologiques*, 1888.

après plusieurs années, à une paralysie générale. Ces faits sont tellement rares que je les mentionne seulement pour mémoire.

C. Folie circulaire. — La *folie circulaire* ou *à double forme* présente, à chacune de ses phases de dépression et d'excitation, les mêmes difficultés de diagnostic que nous avons signalées à propos des états mélancoliques et maniaques. C'est surtout l'exaltation maniaque, presque toujours liée à la folie circulaire, qui tiendra le diagnostic en suspens, parce qu'elle s'accompagne parfois d'inégalité pupillaire et d'accrocs dans la parole.

L'évolution n'aura pas ici l'importance qu'elle a dans les autres folies. Elle pourrait même devenir, si l'attention n'était pas éveillée sur ce point, une cause d'erreur. Il existe, en effet, des paralysies générales à forme circulaire plus ou moins régulière[1]. Chacune des phases présente des symptômes de paralysie générale, mais elles peuvent être séparées l'une de l'autre par une *rémission* assez marquée. Dans ces cas, on pourrait croire à une *folie congestive* ou à une *pseudo-paralysie générale* guérie; l'erreur serait reconnue trop tard. alors que la maladie reprendrait sa marche progressive.

Un cas plus difficile encore est celui où les symptômes de paralysie générale ne se révèlent qu'après un ou plusieurs accès de double forme; la paralysie générale paraît alors compliquer une folie circulaire préexistante. Ces cas échappent à toute prévision, comme tous ceux où la paralysie générale est précédée d'une période plus ou moins longue de folie simple, mais ils sont absolument exceptionnels.

D. États délirants chez les débiles. — Il convient de signaler les difficultés de diagnostic toutes particulières que peuvent présenter les différentes formes de folie évoluant chez les débiles, chez les faibles d'esprit[2]. On observe chez eux, comme chez les

1. Fabre, *Annales médico-psychologiques*, 1874; *Folie paralytique circulaire*. — Espiau de Lamaëstre, *Paralysie générale à double forme* (Congrès international de médecine mentale, Paris, 1878). — Gilles, *De la double forme, ses rapports avec la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1888. — Ball, Ritti, Mendel, Schüle, etc.

2. Magnan, *Leçons*, passim. — Legrain, *Du délire chez les dégénérés*. Thèse de Paris, 1886. — *Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale*. Boiron, Thèse de Paris, 1889.

paralytiques généraux, toutes les variétés de délire : les conceptions délirantes peuvent avoir les mêmes caractères généraux de multiplicité, de mobilité, d'absurdité et même de *contradiction* [1].

Il n'y a pas à s'en étonner, les facultés mentales étant très amoindries dans les deux cas, dès la naissance chez les débiles, par la maladie chez les paralytiques.

L'ensemble des signes physiques de la paralysie générale lèverait tous les doutes. Mais, d'une part, ces signes peuvent ne pas exister au début, et, d'autre part, quelques-uns d'entre eux, en particulier l'inégalité pupillaire et des vices d'articulation plus ou moins analogues à l'embarras du paralytique, se rencontrent assez fréquemment chez les faibles d'esprit.

Les renseignements sur le passé des malades permettraient aussi de résoudre la question : les crises mentales se répètent ordinairement chez les débiles, le début en est plus brusque (bouffées délirantes) ; le passé des paralytiques, au contraire, est souvent indemne de tout incident mental, le début de leur affection est insidieux, plus ou moins lointain.

En l'absence de commémoratifs, on ne pourra s'appuyer pour distinguer un délire de débile d'un début de paralysie générale que sur l'examen rigoureux de *l'état mental.*

Les débiles, les faibles d'esprit *ne sont pas des déments* ; ils n'ont pas cette inconscience qui marque le début même de la paralysie générale, ces contradictions si frappantes dans les sentiments, cette absurdité dans les actes les plus simples ; enfin, leur mémoire est d'ordinaire fort suffisante et parfois extrêmement développée. Legrain avait fort bien marqué l'importance diagnostique de *l'état mental* en disant du délire de ces malades : « *A la démence près*, c'est le véritable délire de la paralysie générale. »

Il est certain, cependant, que toute distinction légitime sera quelquefois impossible, et qu'alors la nature de la maladie sera reconnue seulement d'après son évolution.

Un cas embarrassant est celui d'une paralysie générale apparaissant chez un débile. Le fait n'est pas rare ; on a même observé la paralysie générale chez des imbéciles [2]. L'hésitation

1. Thèse de Boiron. Observation 2.

2. Christian, *Annales médico-psychologiques*, janv. 1881. — F.-L. Arnaud, *Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbéciles* (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1888).

peut ici se prolonger d'autant plus que les vices d'articulation auxquels nous avons fait allusion peuvent *masquer*, chez un faible d'esprit, l'embarras de la parole dû à une paralysie générale commençante (Séglas, Boiron). L'erreur sera difficile à éviter dans ces circonstances; l'évolution seule pourra la rectifier.

ARTICLE II. — **Démences organiques.**

A. Lésions cérébrales circonscrites. — Il n'y a pas lieu de s'arrêter longuement au diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les lésions cérébrales *en foyer ou circonscrites* : hémorragies cérébrales ou méningées, ramollissements, tumeurs de toute nature, pachyméningites, etc. Tout a été dit sur cette question, exposée dans tous les traités de médecine et de psychiatrie. D'une manière générale, toutes ces affections organiques, dans leur forme complète, habituelle, ne prêtent à aucune difficulté; dans les cas difficiles, c'est aux *symptômes psychiques* que l'on demandera les éléments essentiels du diagnostic.

1. *Hémorragie et ramollissement.* — L'attaque initiale, *l'hémiplégie* consécutive, *l'atténuation lente* et progressive des phénomènes morbides, l'absence de troubles intellectuels définis, tous ces traits s'opposent nettement à ceux de la paralysie générale, dont le début est insidieux, accompagné de troubles psychiques et d'hésitation de la parole; dont les troubles moteurs consistent en une incoordination généralisée et progressive, *sans paralysie*. Il serait puéril d'insister.

Mais, en présence d'une lésion déjà ancienne, à *symptômes atténués*, qui s'est compliquée d'affaiblissement intellectuel et de délire, si l'on n'est pas éclairé sur le mode de début des accidents, l'hésitation est possible. Elle l'est bien davantage dans les cas où l'accident brutal, l'ictus est précédé d'une phase prodromique à symptômes cérébraux vagues; ou encore dans les ramollissements lents, à petits foyers successifs, qui s'accompagnent, comme parfois la paralysie générale au début, d'ictus légers, d'affaiblissement des facultés, de perte de la mémoire, de modifications du caractère, etc.

Dans ces différents cas, cependant, et en l'absence de commémoratifs, on trouve d'ordinaire, même dans les signes physi-

ques, des éléments d'appréciation ; ces signes consistent essentiellement en troubles moteurs *unilatéraux*, intéressant *la face* (déviation de la commissure, de la langue, parésie de l'orbiculaire, etc.) ; ce qui ne se voit presque jamais dans la paralysie générale. Ils sont souvent accompagnés d'*aphasie* ou d'un embarras particulier de la parole (bouche pleine de bouillie), permanent et très facile à constater. Quand les troubles moteurs sont légers, on arrive à les mettre en évidence en faisant siffler le malade, en lui demandant de sauter à cloche-pied, en éprouvant au dynamomètre la force de ses mains ; on découvre ainsi la *parésie unilatérale*. M. Lwoff a signalé [1] un *hémitremblement* des lèvres qui persiste même après la disparition de la paralysie des membres et qui acquiert ainsi une véritable importance. Enfin, il n'y a dans ces cas ni tremblement généralisé, ni incoordination psycho-motrice ; le tremblement fibrillaire de la langue et surtout les *secousses spasmodiques* dans les lèvres au moment où le malade commence à parler sont très rares.

Mais, je le répète, les éléments décisifs du diagnostic sont donnés par les *symptômes psychiques*. La *démence organique* est très différente de la *démence paralytique*. Les malades restent capables d'un effort intellectuel momentané, d'une logique au moins élémentaire ; ils conservent une certaine conscience de leur état de maladie, de l'affaiblissement de leur mémoire ; ils en souffrent et s'en irritent. Ils ne sont pas indifférents au milieu extérieur ; la sphère des sentiments n'est pas détruite chez eux ; leur sensibilité morale persiste, elle est même facilement excitable (émotivité, sensiblerie). Bref, la démence organique est à la fois moins profonde et moins généralisée que la démence paralytique. Enfin, le délire expansif et les crises d'agitation maniaque sont beaucoup plus rares que dans la paralysie générale.

Le diagnostic sera beaucoup plus difficile dans les cas, peu fréquents, il est vrai, d'*hémiplégie double* ancienne ; il pourra devenir impossible dans ceux, également exceptionnels, où coexistent, chez le même sujet, une paralysie générale et une lésion en foyer (Calmeil, Baillarger, Foville [2], Cullerre [3], etc.).

1. *Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau.* Thèse de Paris, 1890.
2. *Archives générales de médecine*, août 1879, p. 129.
3. *Annales médico-psychologiques*, 1882, loc. cit.

2. *Tumeurs.* — Les tumeurs cérébrales ont une symptomatologie tellement variable, tellement *individuelle*, suivant leur siège et leurs dimensions, que le diagnostic différentiel ne peut être utilement discuté qu'à propos de chaque fait particulier. Nous devons donc nous limiter à quelques indications générales.

Dans certains cas, elles se distinguent assez facilement de la paralysie générale : céphalalgie en un point fixe, crises d'épilepsie jacksonienne, vomissements, névrite optique ou surdité, troubles moteurs unilatéraux, troubles psychiques tardifs reposant sur un fond d'obtusion mentale plutôt que démence, conscience d'un état maladif, absence de perversions morales, — cet ensemble clinique est suffisant pour éliminer la paralysie générale.

Mais, ici encore, les symptômes sont souvent atténués ou incomplets ; il s'y joint parfois des accès de *migraine ophtalmique* ou d'*épilepsie sensitive*, qui se rencontrent également dans la paralysie générale, et le diagnostic peut rester longtemps en suspens.

3. *Pachyméningites.* — Toutes les difficultés que nous venons de signaler se rencontrent aggravées dans le diagnostic de la pachyméningite[1]. Les commémoratifs peuvent mettre sur la voie; mais, s'ils manquent, l'examen direct du malade ne suffira pas toujours pour éviter une erreur. Dans les *symptômes* physiques, les observations indiquent souvent de *l'hémiplégie* ou de *l'hémiparésie*, un embarras de la parole très intense dès le début, allant jusqu'à l'impossibilité d'articuler, assez souvent le ralentissement du pouls ; mais ceci n'est pas constant, et l'on ne trouvera parfois aucune différence bien appréciable. Cependant, en présence des signes d'alcoolisme chronique ou d'artério-sclérose, on se souviendra que la pachyméningite se développe surtout dans ces conditions, on fera sagement de redoubler d'attention et de suspendre son jugement. Il faut savoir aussi que la pachyméningite complique assez souvent la paralysie générale ; il y a là encore des difficultés spéciales, quelquefois insurmontables.

C'est aux *symptômes psychiques* que l'on aura recours, avec le

1. Voir, en dehors des travaux classiques de Baillarger, de Calmeil d'Aubanel, de Brunet, de Christian, etc., une très intéressante observation de F. Boissier, *Pachyméningite prise pour une paralysie générale* (*Archives de neurologie*, 1896, n° 8).

plus de chances de succès, pour le diagnostic. Sauf le cas de pachyméningite coïncidant avec une paralysie générale, les troubles mentaux sont à peu près ceux de l'hémorragie et du ramollissement, ils prêtent aux mêmes considérations. Une particularité souvent signalée, et sur laquelle Schüle insiste beaucoup, c'est un état de *stupidité marquée* : « Les malades sont toujours dans le vague; souvent ils offrent l'aspect d'un homme étourdi par un coup violent sur la tête [1]. »

B. DÉMENCE SÉNILE ET ATHÉROME CÉRÉBRAL GÉNÉRALISÉ. — L'hémorragie cérébrale et le ramollissement seraient, d'après Marcé, le point de départ de l'immense majorité des cas de démence sénile. Mais d'autres lésions peuvent aussi intervenir dans la production de ce groupe morbide mal défini : l'athérome cérébral généralisé, certaines formes d'encéphalite (Hayem, 1868) sont dans ce cas. Ces faits établissent entre la démence sénile et la paralysie générale des intermédiaires qui ne sont pas encore très bien connus. Au point de vue pratique, il est indispensable de distinguer au moins deux situations cliniques présentant avec la paralysie générale des analogies plus ou moins complètes ; ce sont : 1° la *démence sénile* proprement dite, au sens de Marcé et de Krafft-Ebing ; 2° *l'état démentiel* lié à l'athérome cérébral généralisé ou très étendu.

1. *Démence sénile*. — La considération de l'âge est extrêmement importante. La paralysie générale se développe surtout de trente-cinq à quarante-cinq ans ; la démence sénile après soixante ans. Mais si les cas de paralysie générale tardive (après cinquante-cinq ans) sont rares, il en existe cependant, et l'âge n'a pas une valeur distinctive absolue.

L'*hémiplégie vraie* est aussi rare dans la paralysie générale qu'elle est fréquente au début ou dans le cours de la démence sénile. L'hémiplégie faciale (déviation de la commissure, de la langue, etc.), notamment, est étrangère à la paralysie générale.

Les contractions fibrillaires de la langue et *surtout des lèvres* sont exceptionnelles dans la démence sénile. Il en est de même pour les convulsions épileptiformes (Krafft-Ebing).

1. Schüle, *Traité*.

La *parole* est pâteuse, confuse dans la démence sénile ; il semble que les malades aient un corps étranger dans la bouche. Cet embarras est très différent de l'hésitation spasmodique de la paralysie générale.

La *force musculaire* des déments séniles est très amoindrie dès le début ; on sait que les déments dits paralytiques conservent, au contraire, presque jusqu'à la fin, une vigueur considérable.

Le dément sénile est *turbulent*, excité, plutôt que violemment agité comme le paralytique ; de plus, il ne l'est guère que dans les premières phases de sa maladie, tandis que le paralytique présente, jusqu'à une période avancée, des paroxysmes d'agitation maniaque.

Au point de vue mental, le délire ambitieux est infiniment plus rare dans la démence sénile, mais enfin il s'y rencontre ; sa valeur diagnostique est donc toute relative. Et, d'autre part, le mélange des idées mélancoliques et de persécution qui lui est habituel existe assez souvent, au moins d'une façon transitoire, dans la paralysie générale. Les *caractères de la démence* me paraissent plus importants : la démence sénile est lacunaire, incomplète ; il reste comme des portions saines dans l'intelligence et dans la mémoire ; les sentiments surtout sont moins détruits que dans la démence paralytique ; on connaît l'émotivité, la *sensiblerie* des séniles.

Enfin, la démence sénile est plus continue que progressive ; on n'y observe par ces rémissions et ces paroxysmes tranchés qui caractérisent presque toujours la marche progressive et saccadée de la paralysie générale.

2. *Athérome généralisé.* — Indépendamment de toute lésion en foyer, l'athérome généralisé ou très étendu des artères du cerveau peut déterminer des manifestations morbides diverses et plus ou moins analogues aux symptômes de la paralysie générale : affaiblissement intellectuel, délire absurde, mobile, polymorphe d'une part ; — d'autre part, faiblesse musculaire, tremblement, troubles oculo-pupillaires, quelquefois embarras de la parole, etc.

M. A. Voisin[1] considère ces cas comme formant une variété

1. *Traité*, 1879.

de paralysie générale, la paralysie générale *athéromateuse ou sénile*, distincte par ses symptômes et par ses lésions anatomiques,

M. Klippel[1] admet la grande ressemblance clinique de ces faits avec la paralysie générale, mais il établit leur distinction au point de vue anatomique; il s'agit pour lui d'une *pseudo-paralysie générale arthritique.*

Binswanger et Alzeimer[2] distinguent aussi de la paralysie générale la *dégénérescence athéromateuse du cerveau.*

Bristowe[3], Beyer[4] (de Strasbourg) étudient les troubles psychiques dans l'artério-sclérose; le dernier place, entre la démence sénile et la paralysie générale, une *démence apoplectique*, caractérisée anatomiquement par la sclérose des artères corticales moins étendue que dans la dégénérescence athéromateuse de Binswanger.

L'état psychopathique, lié à l'athérome des artérioles et des capillaires de l'écorce, peut-il être cliniquement séparé de la paralysie générale? La plupart des auteurs répondent par l'affirmative. M. Klippel écrivait, dans son travail cité plus haut, que « le diagnostic clinique est toujours difficile et qu'il peut être impossible. » Dans une note manuscrite qu'il a bien voulu me remettre tout récemment, M. Klippel déclare que l'observation de deux autres malades a modifié son opinion première; il pense que le *diagnostic clinique est le plus souvent possible.* Je suis absolument de cet avis. D'après les faits de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, je crois que l'analyse attentive des symptômes physiques et psychiques autorisera presque toujours un diagnostic exact.

Les états démentiels que j'ai en vue ici sont donc, à un triple point de vue, intermédiaires à la démence sénile et à la paralysie générale :

1° Par leurs lésions anatomiques, plus diffuses que celles de

1. *Arch. de méd. expériment.*, sept. 1891. — *De la pseudo-paralysie générale arthritique (Rev. de méd.*, t. XII, 1892).
2. Congrès des aliénistes allemands, Dresde, 1894 (*Anal.* in *Archiv. neurol.* 1895).
3. *Rapports entre les maladies chroniques des reins et la paralysie générale.* (*Ment. science*, avril et juillet 1895).
4. *Altgem, Zeits. für psych.*, 1896, t. LII, fasc. 6.

la démence sénile, moins diffuses et moins complexes que la sclérose de la paralysie générale;

2° Par leurs symptômes;

3° Par l'âge des malades.

Voici quels sont les éléments du diagnostic clinique.

Comme pour la démence sénile, la considération *de l'âge* a ici une grande importance; cette forme d'athérome cérébral se montre le plus souvent entre *cinquante et soixante ans*, plus tard que la paralysie générale, un peu plus tôt que la démence sénile.

L'ensemble *des signes révélateurs de l'artério-sclérose* (dureté et flexuosité des artères, hypertrophie cardiaque, lésions de l'orifice aortique, symptômes de néphrite interstitielle), s'il n'exclut pas la paralysie générale, doit faire naître des réserves sur le diagnostic et imposer des examens renouvelés.

L'embarras de la parole, quand il existe, n'a pas les caractères d'hésitation saccadée qu'il a dans la paralysie générale; c'est plutôt de la *lenteur* avec *empâtement*.

A ces signes physiques différentiels se joignent des différences décisives dans les *symptômes psychiques*, surtout dans l'état mental sous-jacent aux délires.

Les délires peuvent, en effet, être identiques dans l'un et l'autre cas. Il y a, d'ordinaire, chez l'athéromateux, un délire polymorphe, composé d'idées de négation, de persécution et de richesse plutôt que de grandeur. Mais *la démence vraiment paralytique* ne se rencontre pas dans la dégénérescence athéromateuse; l'affaiblissement des facultés y est beaucoup moins profond, moins généralisé, plus variable aussi; le malade paraît, certains jours, recouvrer en partie son énergie intellectuelle; même après une longue période de maladie, il reste capable, dans les moments de calme, de parler raisonnablement des choses de sa profession, des sujets qui lui sont familiers, et il étonne parfois par des réparties vives et sensées; sa *mémoire* présente des *lacunes*, non l'affaiblissement progressif et en masse de la paralysie générale, et le souvenir des faits récents est partiellement conservé. Enfin, les *actes* n'ont pas l'absurdité continue et la maladresse des actes du paralytique; ils restent partiellement adaptés. La personnalité du malade, beaucoup moins effacée que dans la paralysie générale, se manifeste, surtout lorsqu'on le contrarie, par des résistances logiques et visiblement conscientes.

Au total, le malade conserve *quelques apparences normales* au milieu d'un profond désordre intellectuel et d'un très réel affaiblissement des facultés.

La *marche* de la maladie est également différente de l'évolution de la paralysie générale. Le début est généralement plus brusque et les symptômes atteignent bientôt un *summum* qu'ils ne dépassent pas ensuite. Les *ictus cérébraux* ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la paralysie générale ; il y a aussi des alternatives d'excitation et de calme, mais les *crises maniaques* avec agitation violente sont beaucoup plus rares que dans la paralysie générale.

Mais la paralysie générale peut se développer chez des arthritiques dont les artères cérébrales présentent déjà des lésions athéromateuses étendues.

M. Cullerre a publié, sur cette association anatomique et clinique, un très intéressant mémoire[1]. Klippel, Beyer (*loc. cit.*) en ont aussi rapporté des exemples. Dans ces cas « douteux, difficiles à classer, et qui, au point de vue clinique, flottent entre la paralysie générale classique et les diverses démences » (Cullerre), le diagnostic peut être fort épineux. Comme dans tous les cas d'association morbide, il s'agit de dépister les *deux états* composants, de faire un diagnostic complet. On peut dire que tout sujet de cinquante à soixante ans, présentant les signes de l'artériosclérose généralisée, n'est pas, quel que soit son état mental, un *paralytique général simple ;* la question à résoudre se réduit alors à savoir si les symptômes psychiques appartiennent à une paralysie générale surajoutée ou bien s'ils relèvent de la dégénérescence athéromateuse.

Nous avons donné plus haut les signes distinctifs qui fourniront les moyens de répondre à cette question.

ARTICLE III. — **Maladies de la moelle**.

Les symptômes spinaux de la paralysie générale sont nombreux et anciennement connus. Bayle et Calmeil avaient vu et

1. Cullerre, *De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune* (*Ann. méd.-psych.*, 1882, p. 386).

fort bien décrit les phénomènes spasmodiques et les contractures qui surviennent principalement aux périodes avancées de la maladie. Horn en 1855, Türck en 1856, Joffe en 1857 donnaient des observations, suivies d'autopsie, qui montraient chez des paralytiques généraux l'existence des symptômes et des lésions d'affections médullaires caractérisées. Puis venaient les travaux de Baillarger (1861), de Westphal (1863), de Hayem (1864), de Magnan (1866), qui ont été le point de départ d'une série ininterrompue de recherches cliniques et anatomiques.

Il en est résulté la démonstration générale que la maladie de Bayle ne pouvait plus être considérée exclusivement comme une affection cérébrale, que les symptômes médullaires devaient entrer désormais *à titre accessoire* dans sa définition, et enfin qu'il importait au plus haut point de déterminer les rapports de la paralysie générale avec les diverses maladies de la moelle.

Nous avons déjà parlé de certains symptômes[1] : *rigidité spasmodique*, *contractures en flexion*, tremblement intentionnel, impotence motrice, etc., qui viennent parfois compliquer la paralysie générale à la période d'état ou à la période terminale. Quand ils ont une intensité et une durée suffisantes, ils modifient la physionomie clinique de la maladie et même son évolution. Bien que les symptômes en question puissent dépendre de lésions cérébrales, ils sont, dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance d'altérations médullaires (sclérose latérale), et ils caractérisent l'une dés variétés spinales de la paralysie générale. Il n'est pas rare de voir un nouveau symptôme médullaire se joindre aux précédents : c'est *l'atrophie* qui affecte les muscles contracturés (Hanot et Voisin, Joffroy, Grellière[2]).

Tous ces symptômes surviennent d'ordinaire alors que la maladie est bien caractérisée et le diagnostic fixé depuis longtemps. Nous n'y insisterons pas davantage.

On a cité des faits plus complexes dans lesquels tous les *systèmes* médullaires paraissaient intéressés en même temps que le cerveau et à une phase de la maladie moins avancée. C'est ainsi que Riebeth[3] a rapporté « un cas d'atrophie musculaire associée

1. Voir, page 17.
2. V. Grellière, *Atrophie musculaire progressive dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1875.
3. *München med. Wochc.*, 1895.

à la paralysie générale », présentant, avec une *atrophie musculaire* très étendue, des *phénomènes tabétiques* multiples (douleurs fulgurantes, analgésies, ataxie). Dans d'autres observations[1], on note à la fois des raideurs spasmodiques, du tremblement intentionnel, et divers troubles de la sensibilité (douleurs fulgarantes, analgésie, thermo-anesthésie, etc.).

Nous devons nous borner à indiquer ces faits, dont l'examen détaillé nous entraînerait sans utilité bien au delà des limites de ce travail.

Mais il est deux affections spinales, ou plutôt cérébro-spinales, sur lesquelles nous insisterons, car elles résument en elles l'ensemble des rapports de la paralysie générale avec les symptômes et les lésions médullaires. Je veux parler du *tabes* d'abord, de la *sclérose en plaques* ensuite. L'une des combinaisons du tabes et de la paralysie générale a été étudiée plus haut sous ce titre : *Variété spinale primitive* de la paralysie générale. Il nous reste à examiner les rapports des deux maladies plus spécialement en vue des difficultés qui peuvent en résulter pour le diagnostic. Nous étudierons ensuite, au même point de vue, les relations de la paralysie générale et de la sclérose en plaques disséminées.

A. Tabes. — « L'ataxie musculaire progressive », écrivait Grisolle en 1862[2], « n'a aucun point de contact avec la paralysie générale progressive. »

Les idées sur ce point se sont bien modifiées[3] depuis Grisolle,

1. Déjerine, Variot, etc.
2. *Traité de pathologie interne*, 8e édit., p. 763.
3. Baillarger, *Archiv. cliniq. et Gaz. des hôpit.*, 1861. — Westphal, *Allg. Zeits. f. psych.*, 1863. — Topinard, *De l'ataxie locomotrice progressive*. Paris, 1864. — Magnan, *Gaz. des hôpit.*, 1866. — *Société méd.-psych.*, 1872-1873 (Billod, Bouchereau, Foville, Magnan, J. Falret). — A. Foville, *Paralysie générale par propagation. (Annal. m.-ps.* 1873). — Rey, *Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale. (Annal. m.-ps*, 1875). — *Troubles intellectuels dans les maladies de la moelle. (Annal.* 1884). — Christian, *Paralysie générale et ataxie. (Annal. m.-ps.*, 1879). — V. Parant, *De la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice.* (*Revue médicale de Toulouse*, 1879). — Fournier, *Syphilis du cerveau*, 1879. — *Ataxie syphilitique*, 1882. — *Période préataxique du tabes*, 1885. — F. Raymond, *Soc. méd. des hôpit.*, avril, mai, décembre, 1892. — Ballet, Joffroy, Rendu, *Soc.*

et les relations entre la paralysie générale et le tabes, signalées d'abord par Baillarger, Westphal et Magnan, ont provoqué d'innombrables travaux en France et à l'étranger.

Ces relations sont démontrées à la fois par la clinique, par l'anatomie pathologique et par l'étiologie.

Cliniquement, il est fréquent d'observer chez un même malade, la *succession* ou la *coexistence* des symptômes du tabes et de la paralysie générale, à ce point que Topinard, dès 1864, décrivait une *paralysie générale ataxique* et une *forme cérébrale de l'ataxie locomotrice* (état démentiel, crises maniaques, étourdissements, etc.).

Au point de vue anatomique, on constate très souvent la réunion des lésions propres à chacune des deux maladies. Ces lésions présentent d'ailleurs de telles analogies que depuis longtemps, on tendait à les considérer comme dépendant d'un même processus morbide : « Je crois, disait Foville en 1872, à la Société médico-psychologique, qu'il ne faut voir là que deux manifestations différentes d'une même affection sclérosique. » D'après M. Magnan [1], les divers symptômes dépendant de la moelle et des nerfs qui s'observent dans la paralysie générale *traduisent une lésion scléreuse semblable à celle du cerveau.* Pour Mœbiüs et Strümpell (1886) « la paralysie générale est le tabes du cerveau. » Jendrassik, Strümpell, Pierret ont signalé dans l'écorce cérébrale des tabétiques des lésions de sclérose identiques à celles de la paralysie générale, et cela en l'absence de troubles psychiques bien marqués. Enfin, comme l'a fait observer le professeur Raymond, c'est sur des moelles de paralytiques généraux que Westphal, Strümpell, Flechsig ont constaté avec certitude les lésions systématisées du *tabes incipiens*, etc.

En ce qui concerne l'étiologie, une présomption favorable à

méd des hôpit., avril, mai, décembre, 1892. — Pierret, Congrès de Blois, 1892. — Nageotte, *Tabes et paralysie générale*. Th. Paris, 1893. — Stojanovitch, *Rapport du tabes et de la par. gén.* Th. Paris, 1893. — Klippel, *Paralysie générale, lésions et symptômes spinaux.* (*Archiv. de méd. expériment*, janv. 1894. — Congrès de Blois (1892) et de Clermont-Ferrand (1894), Joffroy, Raymond, Pierret. — Chabbert, *Paralysie générale à forme de tabes au début.* (*Archiv. de neurol.*, 1894. — Hannion, *Tabes et paralysie générale.* (*Gaz. hebd.* juin 1895, etc., etc)

1. *Soc. méd.-psych.*, mai 1873.

l'existence de rapports étroits entre les deux affections était fournie par ces faits de tabes et de paralysie générale réunis dans une même famille (Moreau de Tours, Morel, J. Falret, Raymond, Féré, etc,). Mais ce sont surtout les idées nouvelles relatives à l'influence étiologique de la syphilis tant sur le tabes que sur la paralysie générale qui ont apporté à cette manière de voir un puissant argument. Aussi le professeur Raymond pouvait-il terminer une communication à la Société médicale des hôpitaux (8 avril 1892) par cette déclaration catégorique : « Paralysie générale et tabes ont une étiologie commune dominée par la syphilis et l'hérédité... Leurs lésions intéressent les mêmes systèmes organiques... Tabes et paralysie générale constituent une seule et même maladie. » MM. Rendu et Mathieu se rangeaient à cette opinion, qui est aussi celle du professeur Fournier[1]. M. Joffroy et surtout M. Ballet faisaient des réserves et maintenaient la distinction anatomique des deux maladies; mais le professeur Joffroy reconnaissait que, si elles ne sont pas sœurs, *elles sont proches parentes.*

La question, cependant, présente encore bien des obscurités. D'après M. Raymond (loc. cit.) « l'étude des lésions histologiques du tabes et de la paralysie générale est encore, en grande partie, à faire. »

Cette incertitude des conclusions de l'anatomie pathologique entraîne des divergences dans l'interprétation des faits cliniques où se rencontrent des symptômes caractérisés de paralysie générale et de tabes. Les auteurs qui admettent l'identité des deux processus voient tout naturellement dans ces cas la réunion d'une paralysie générale et d'un tabes également légitimes. Ceux, au contraire, qui croient à l'indépendance des deux maladies, pensent qu'il n'y a là qu'une paralysie générale à *forme tabétique*; les lésions relevant de la paralysie générale seraient restées cantonnées dans la moelle pendant un certain temps, affectant à peu près la localisation du tabes; mais ces lésions seraient à la fois moins rigoureusement systématisées et moins intenses (Joffroy, Klippel, Hannion).

Si cette dernière interprétation est justifiée dans certains cas, il est bien difficile de l'appliquer aux faits nombreux dans les-

1. Voir *Bulletin médical*, 1893, *Tabes et paralysie générale.*

quels un tabes authentique *reste isolé* pendant dix ans, quinze ans et plus, puis finit par se compliquer d'une paralysie générale caractérisée. Ici, le dernier mot doit rester à la clinique, et il faut bien admettre qu'il s'agit dans ces cas de *tabes vrai versant* dans la paralysie générale légitime. La distinction est d'ailleurs acceptée par M. Klippel (mémoire cité) qui reconnaît même trois groupes de faits : *paralysie générale vraie* à début *tabétique ; — tabes vrai* compliqué de démence (*pseudo-paralysie générale* tabétique) ; — *tabes vrai* compliqué de *paralysie générale vraie*. Nous n'avons pas à insister davantage sur ce côté de la question. Il nous suffit d'avoir indiqué les diverses interprétations que l'on a données des rapports de la paralysie générale et du tabes, et de montrer la tendance actuelle à voir dans ces deux maladies l'expression de *localisations différentes d'une cause morbide unique* [1].

Sur le terrain clinique et à notre point de vue spécial du *diagnostic*, la manière de voir de Grisolle est presque justifiée s'il s'agit de distinguer un cas de *tabes caractérisé* d'une paralysie générale franche.

La perte du sens musculaire, la perte du sens de l'équilibre dans l'obscurité, les troubles spéciaux de la sensibilité objective et subjective appartiennent exclusivement au tabes, comme la démence particulière avec ses épisodes vésaniques, le tremblement des membres supérieurs, l'hésitation de la parole caractéristique sont le propre de la paralysie générale. Il est vrai que certains symptômes établissent des *points de contact* entre les deux maladies; tels sont les troubles oculo-pupillaires, l'incoordination des membres inférieurs, les ictus cérébraux, les troubles génitaux, le gâtisme, etc. Mais les plus importants de ces *symptômes communs* se distinguent encore dans l'une et l'autre affection.

Le signe d'Argyll-Robertson (*abolition* du réflexe lumineux avec *intégrité* du réflexe accommodateur) est éminemment transitoire dans la paralysie générale (G. Ballet), tandis qu'il est fixe

1. Pour une étude plus complète, voir surtout : Nageotte. *Tabes et paralysie générale*. Thèse de Paris, 1893. — Stojanovitch, *Rapport du tabes et de la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1893. — Klippel, *Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux*. (*Archives de médecine expérimentale*, janv. 1894).

et permanent dans le tabes. Les paralysies oculaires, très rares dans la paralysie générale, sont très fréquentes dans le tabes.

L'incoordination du paralytique n'a *jamais* les caractères de l'ataxie locomotrice vraie; le paralytique *ne lance pas follement* ses jambes, il *traîne la pointe* des pieds au lieu de frapper du talon, etc.

Le diagnostic différentiel entre ces deux maladies n'offre donc pas de difficultés réelles dans les *cas francs*. Il n'en est plus de même dans les cas si nombreux où la double série de leurs symptômes se succède ou se montre simultanément.

Trois situations sont alors à considérer :

1° Des symptômes de paralysie générale apparaissent, après un laps de temps variable, chez un tabétique plus ou moins confirmé (paralysie générale par *propagation ascendante*, Magnan, Bouchereau, Foville; *tabes sensitif ou centripète* de Pierret);

2° Les deux ordres de symptômes se développent à peu près simultanément et restent combinés pendant un temps plus ou moins long (*paralysie générale associée; tabes cérébro-spinal* de Fournier);

3° Des symptômes de tabes se montrent chez un paralytique général avéré (*paralysie générale descendante*).

I. *Début par des symptômes tabétiques.* — Dans ce premier cas, il faut encore établir des distinctions. Si le tableau clinique est celui du tabes caractérisé, avec ses douleurs fulgurantes, son incoordination motrice, ses troubles de la sensibilité, etc., la seule question qui puisse se poser et dans laquelle le traitement est intéressé comme le pronostic serait relative à l'évolution de ce tabes. Y a-t-il des signes distinguant le tabes aboutissant à la paralysie générale du tabes ordinaire? Voilà le *diagnostic à faire.* Il est possible que de tels signes existent; malheureusement ils ne sont pas connus. Ni les différents modes de début, ni le tableau clinique de la maladie ne distinguent, d'après les auteurs, le tabes ordinaire du tabes qui finit par la paralysie générale. Cependant, le rapprochement d'un certain nombre de faits semble montrer que le *tabes ascendant* a une *évolution plus lente*, des symptômes *moins intenses* et *plus mobiles*. Les *troubles moteurs* surtout ne vont pas jusqu'aux derniers degrés de l'ataxie, et, après dix ans, quinze ans et plus de maladie, la marche reste

possible et parfois peu gênée. Les *améliorations*, les *rémissions*, soit sous l'influence du traitement, soit sans cause reconnue, sont fréquentes. Il importe de savoir à cet égard que, dans un grand nombre de cas, l'apparition des signes de paralysie générale coïncide avec une de ces améliorations dans les symptômes tabétiques. L'explication du fait n'est pas facile, mais sa réalité est incontestable. Nous en avons fourni de nombreux exemples (voir *paralysie générale spinale*).

Je m'empresse d'ajouter que les indications précédentes, fussent-elles confirmées par de nouvelles observations, n'ont qu'une valeur très restreinte. Il sera nécessaire, pour arriver à des précisions un peu satisfaisantes, que les recherches soient continuées longtemps encore sur un plus grand nombre de faits.

En cas de tabes caractérisé, la difficulté, nous venons de le voir, est relative au pronostic plutôt qu'au diagnostic. Mais si nous avons affaire à une de ces formes incomplètes, frustes, dans lesquelles la maladie, pendant un temps parfois très long, ne se manifeste que par un petit nombre de symptômes, les difficultés du diagnostic sont réelles et souvent très grandes.

Un malade présente une *amblyopie* transitoire, de la *diplopie*, du *strabisme*, un *ptosis* complet ou incomplet, ou encore une névralgie soit cranienne, soit rachidienne, etc., tous ces symptômes, quoique plus fréquents dans le tabes, se rencontrent quelquefois au début de la paralysie générale. Comment se prononcer?

Un autre malade est atteint, au contraire, de troubles psychiques : torpeur intellectuelle, affaiblissement de la mémoire, embarras de la parole plus ou moins évident, etc.; — ou bien : état maniaque, avec idées de grandeur incohérentes et quelques troubles moteurs[1]. On pourra croire à une paralysie générale, tandis qu'en réalité on se trouve en présence d'une des formes de la période préataxique (Fournier) ou d'un tabétique déjà ancien, mais à symptômes médullaires atténués et masqués par les phénomènes cérébraux.

Dans ces différentes circonstances, les erreurs ne sont pas rares. L'examen très attentif du malade, la critique de chaque symptôme et la recherche des antécédents pourront seuls mettre

1. Une belle observation de ce genre est rapportée par MM. Taty et Belous, *Études sur le diagnostic de la paralysie générate* (*Province médicale*, déc. 1896 et mars 1897).

sur la bonne voie; la mobilité des troubles oculo-paralytiques, une légère incoordination, principalement dans l'obscurité, l'absence du réflexe rotulien, des altérations de la sensibilité, quelques douleurs fulgurantes, la conscience d'un état pathologique, voilà autant de signes qui plaideront en faveur du tabes.

Au contraire, des modifications antérieures du caractère, une phase de dépression même légère suivie d'une excitation appréciable, l'altération du sens moral, un réel affaiblissement plutôt que la torpeur des facultés intellectuelles, des nuances assez caractéristiques dans l'hésitation de la parole, la conservation ou mieux encore l'exagération du réflexe rotulien, tous ces symptômes appartiennent à la paralysie générale.

D'ordinaire, cette enquête sévère sur l'état actuel et dans le passé du malade pourra fixer le diagnostic. Mais, trop souvent, on devra suspendre tout jugement jusqu'à l'apparition de signes décisifs. *L'évolution* du trouble morbide est ici, par excellence, l'élément certain du diagnostic.

II. — La *combinaison*, dès le début de la maladie, des symptômes appartenant légitimement les uns au tabes, les autres à la paralysie générale, donne lieu nécessairement à des incertitudes comme dans tous les cas de *paralysie générale associée*. Le tableau clinique est très variable, tantôt plus près de la paralysie générale, tantôt plus rapproché du tabes, sans reproduire nettement l'un ou l'autre. Un examen rigoureux et méthodique permettra de réaliser la *dissociation* des symptômes. L'écueil serait ici dans un diagnostic exclusif, établi d'après une prédominance de symptômes. C'est pour des faits analogues que le professeur Fournier a proposé l'épithète de *tabes cérébro-spinal*. D'après M. A. Voisin[1], la maladie aurait, dans ces cas, une marche très rapide. Il s'en faut que ce soit la règle, et il n'est pas rare de voir, au bout d'un certain temps, prédominer soit les symptômes médullaires, soit les symptômes cérébraux. Le tableau clinique se rapproche de plus en plus du tabes ou de la paralysie générale, et la maladie présente la durée et la terminaison habituelles.

III. — Une dernière catégorie comprend les faits de paralysie

1. *Traité de la paralysie générale.*

générale confirmée avec symptômes plus ou moins manifestes de tabes. Ces cas sont très fréquents, et si, à l'exemple de certains auteurs, on qualifie de tabétiques tous les symptômes médullaires, bien peu de paralytiques généraux en seraient exempts. Quelquefois ce sont les troubles moteurs qui dominent (symptômes de sclérose latérale). Mais le plus souvent la physionomie de la paralysie générale est peu modifiée dans son ensemble, soit que l'état mental des malades entraîne l'atténuation de certains symptômes (troubles de la sensibilité), soit que les lésions anatomiques dont ils dépendent soient peu profondes (Klippel). Il n'est pas rare, en effet, de constater à l'autopsie des scléroses médullaires combinées (cordons postérieurs et cordons antéro-latéraux) qu'aucune symptomatologie précise n'avait fait soupçonner pendant la vie.

B. Sclérose en plaques. — Les principaux faits cliniques démontrant les relations de la paralysie générale et de la sclérose en plaques sont dus à Charcot[1], à Magnan[2], à Déjerine[3], à Schüle[4], à Variot[5], à Lioubimoff[6]. Mais c'est surtout Charcot[7] qui, dans son enseignement comme dans ses publications, s'est appliqué à élucider ce problème parfois très délicat de diagnostic[8].

Schüle signale la sclérose en plaques comme pouvant donner lieu à une des formes de ses *paralysies modifiées*, et il insiste aussi sur le diagnostic différentiel.

Comme d'ordinaire, nous examinerons le cas où l'une des maladies peut *simuler* l'autre et le cas où leurs symptômes sont *associés* chez un même malade.

1. *Gazette des hôpitaux*, 1870.
2. *Gazette des hôpitaux*, 1870.
3. *Archives de physiologie*, 1876 : *Paralysie générale. Lésions de la moelle et des extrémités nerveuses.*
4. *Traité*, traduction française, 1888.
5. *Un cas de paralysie générale ayant présenté les symptômes d'une sclérose en plaques*, Encéphale, 1881.
6. *Association de paralysie générale avec les symptômes cliniques de la sclérose en plaques.* (*Anal.* in *Revue neurologique*, 30 avril 1896).
7. *Leçons du mardi et Semaine médicale*, 27 janv. 1892.
8. Je tiens à remercier ici très vivement M. Jean Charcot qui a bien voulu me permettre de consulter les notes manuscrites de son père sur cette question.

I. *Simulation.* — La description théorique des deux maladies est à ce point différente qu'il semble bien que, pour éviter la confusion, il suffise d'en signaler la possibilité. Et, en effet, l'examen des principaux symptômes, *quand ils sont réunis*, suffira à résoudre la question.

La *parésie spasmodique* se rencontre dans l'un et l'autre cas. Mais, dans la sclérose en plaques, elle est *précoce*, très marquée, progressivement *extensive*, et elle aboutit presque toujours à des *contractures en extension* ; — dans la paralysie générale, elle est peu intense ordinairement, elle est *tardive*, reste *limitée*, et quand il y a des contractures, elles sont habituellement *en flexion*.

Le tremblement intentionnel, avec les caractères qu'il a dans la sclérose en plaques, est rare dans la paralysie générale et ne s'y voit guère qu'à la phase terminale. Au contraire, le *tremblement fibrillaire de la langue* serait exceptionnel dans la sclérose en plaques.

La *parole* est *scandée* dans la sclérose, *trémulante* et finalement bredouillée dans la paralysie générale. Mais il est souvent bien difficile de distinguer ces deux sortes d'embarras de la parole.

Les *troubles oculaires* présentent des différences assez importantes. Le nystagmus, qui existe dans plus de la moitié des cas de sclérose en plaques, est une véritable exception dans la paralysie générale ; de même, les paralysies des *mouvements associés des deux yeux*. Dans la sclérose en plaques, on n'a pas signalé le signe d'Argyll-Robertson (Charcot), si fréquent dans la paralysie générale, etc. Malheureusement ces signes ne sont constants ni dans l'un ni dans l'autre cas, et si leur présence est caractéristique, leur absence ne prouve rien.

« Un des grands caractères de la sclérose en plaques est l'absence de troubles de la sensibilité » (Charcot). Aussi la constatation des phénomènes de *migraine ophtalmique* ou *d'épilepsie sensitive* signalés par Charcot au début de la paralysie générale aurait-elle une importance décisive pour le diagnostic.

Ces différents signes physiques autorisent par *leur réunion* un diagnostic ferme. Mais ils sont souvent incomplets ou absents, et c'est alors à la *sphère mentale* qu'il faut demander les éléments d'une appréciation exacte. Il existe dans la sclérose en plaques des *troubles psychiques* variés : irritabilité, instabilité d'humeur

rendant les malades difficiles à vivre, sensiblerie, affaiblissement de la mémoire, bouffées délirantes avec idées de persécution alternant parfois avec des idées de grandeur, hallucinations; — dans certains cas, état de *stupidité profonde* (Schüle). — Mais d'abord ces troubles psychiques, contrairement à ce qui s'observe dans la paralysie générale, sont *secondaires;* ils n'apparaissent qu'après une période parfois très longue de maladie physique. Ensuite, ils sont toujours très différents de cette *démence progressive* qui caractérise la paralysie générale. Enfin, d'après Schüle, « les sentiments moraux les plus élevés sont longtemps, quelquefois toujours, épargnés » dans la sclérose multiloculaire, tandis que, dans la paralysie générale, ils sont profondément atteints et dès le début.

L'évolution des deux maladies fournit un nouvel élément de différenciation. La sclérose en plaques a généralement une durée beaucoup plus longue que la paralysie générale; sa marche est irrégulière, elle présente des rémissions fréquentes, des demi-guérisons, et elle se termine quelquefois par une guérison vraie.

II. *Association.* — C'est tantôt la paralysie générale, tantôt la sclérose en plaques qui marquent le début de la maladie; puis, les deux ordres de symptômes évoluent côte à côte. Comme dans tous les cas d'association morbide, l'écueil à éviter ici c'est un diagnostic exclusif, c'est de dire paralysie générale *ou* sclérose quand il faudrait dire paralysie générale *et* sclérose. Les difficultés sont d'autant plus grandes que, d'ordinaire, les deux affections associées n'ont qu'une symptomatologie fruste, incomplète, parfois réduite à un ou deux signes. La lecture des observations est très instructive à cet égard; aussi faut-il faire un examen très complet du malade et une sévère critique des différents symptômes *physiques* et *psychiques* pour déterminer la part de l'une et de l'autre maladie.

Mais l'*association clinique* de la sclérose en plaques et de la paralysie générale correspond-elle à une véritable *association anatomique*? Henschel et Westphal, cités par Variot, auraient publié chacun un cas de coïncidence des deux maladies. Il existerait aussi un cas de Schüle cité par Mendel [1], *avec autopsie pro-*

1. Voir Charcot, *Semaine médicale*, 1892.

bante. Mais d'autres faits *négatifs* au point de vue anatomique compliquent singulièrement ce problème (cas de Déjerine, Demange, Variot, Lioubimoff). Dans l'observation de Déjerine, il s'agit d'une paralysie générale avec tremblement intentionnel et parole scandée très nette; à l'autopsie, lésions de paralysie générale, et, dans la moelle, *sclérose bilatérale symétrique* des cordons latéraux *dans toute leur longueur*. Dans le cas de Variot, on aurait diagnostiqué *sclérose en plaques*, bien qu'il existât des douleurs fulgurantes et des *contractures en flexion*. L'autopsie montra les lésions cérébrales de la paralysie générale, avec des lésions de *myélite diffuse* unilatérale dans les cordons postérieur et latéral, *sans aucune plaque de sclérose*.

Le cas de Demange[1] concerne une paralysie générale avec tremblement intentionnel caractéristique de la sclérose en plaques, parole scandée, atrophie papillaire. A l'autopsie, lésions de paralysie générale, *aucune plaque de sclérose, aucune lésion de la moelle*. — Ce fait semble prouver que la paralysie générale peut, *à elle seule*, déterminer quelques-uns des symptômes attribués à la sclérose en plaques.

L'observation récente de Lioubimoff[2] est encore plus embarrassante, les signes de sclérose en plaques unis à ceux de la paralysie générale ayant existé presque au complet. A l'autopsie, *pas de foyer de sclérose* dans le cerveau ni dans la moelle, mais nombreuses *plaques blanches*, de consistance cartilagineuse ou osseuse, dans l'arachnoïde spinale.

Lioubimoff conclut que l'association clinique de la paralysie générale et de la sclérose en plaques n'a pas encore trouvé de confirmation anatomique.

Il résulte au moins de ces faits que la question, comme d'ailleurs celle des rapports de la paralysie générale avec toutes les maladies spinales, doit encore rester à l'étude. La *phase médullaire* de l'histoire de la paralysie générale n'a guère fait jusqu'ici qu'ajouter de nouvelles difficultés à un problème dont la solution paraît reculer toujours davantage, à mesure que se multiplient les recherches.

Ces faits gênants démontrent aussi que les meilleurs éléments

1. *Revue médicale de l'Est*, 1881.
2. *Revue neurologique*, 30 avril 1896.

du diagnostic entre la paralysie générale et les différentes affections médullaires sont encore les *symptômes psychiques*. La paralysie générale est avant tout une maladie cérébrale et mentale; les phénomènes médullaires qui la compliquent souvent n'ont ni la netteté, ni la systématisation, ni l'évolution qu'ils présentent dans les maladies de la moelle bien déterminées. Inversement, les affections spinales peuvent bien simuler dans une certaine mesure les symptômes psychiques de la paralysie générale, mais cette simulation maladroite peut aussi, je le crois, être le plus souvent dépistée. C'est, évidemment, parce qu'on a fait trop bon marché des symptômes de l'ordre mental qu'on a créé autrefois, en grande partie avec des maladies de la moelle, la prétendue paralysie générale *sans aliénation*. C'est la même raison qui explique certaines erreurs de diagnostic que nous avons signalées dans ce chapitre.

ARTICLE IV. — **Névroses.**

Les rapports des névroses et de la paralysie générale ne sont ni aussi fréquents ni aussi connus que ceux des vésanies avec les névroses. On a publié un assez grand nombre d'observations isolées relatives à l'association de la paralysie générale avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la neurasthénie, la maladie de Basedow, etc.; mais il existe peu de travaux d'ensemble sur la question. Les plus importants, au point de vue du diagnostic, sont ceux de Régis, de Rey, de Krafft-Ebing, de Fournier, de Ballet, de Gross (d'Heidelberg).

Nous nous en tiendrons ici à l'étude des relations de la paralysie générale avec l'hystérie et avec la neurasthénie.

I. Hystérie[1]. — Drouet a rapporté un cas de paralysie générale *prise d'abord* pour une folie hystérique : le diagnostic de

1. Drouet, *Sur le diagnostic de la paralysie générale* (*Annales médico-psychologiques*, 1871). — Voisin, *Traité*, 1879. — Régis, *Note sur les rapports de la parat. génér. et de l'hystérie* (*Gaz. méd. de Paris*, janv.-févr. 1882). — Rey, *Crises hystériques chez un paralytique* (*Annal. m.-ps.*, 1883). — *De l'hysterie chez les femmes paralytiques* (*Annal. m.-ps.*, 1885). — Camuset, *Crises d'hystérie chez un paralytique* (*Annal. m.-p.*, 1884). — Dubreuilh, *Phénomènes hystériques chez un paralytique*. Congrès de Bordeaux, 1895.

paralysie générale s'imposa au bout de quelques jours; mais, un mois après, hésitation et retour au diagnostic de *folie hystérique avec crainte de paralysie générale*. Enfin, la paralysie générale fut affirmée définitivement et vérifiée plus tard par l'autopsie. L'observation est malheureusement trop écourtée pour conserver toute sa valeur; on n'y voit pas la raison de ces diagnostics variables.

Il paraît difficile de confondre deux maladies aussi dissemblables que l'hystérie et la paralysie générale. Cependant, « la grande simulatrice » qui peut réaliser le tableau clinique du tabes, de la sclérose en plaques, de la syringomyélie, des amyotrophies spinales, etc.[1], peut aussi emprunter la physionomie de la paralysie générale[2]. Le délire, la plupart des signes physiques seront d'un médiocre secours pour le diagnostic. Quelques symptômes cependant échappent absolument à la simulation et permettent de la dépister.

1° *Les troubles oculaires*. Dans l'hystérie, on ne trouve pas (Charcot) le signe d'Argyll-Robertson si fréquent dans la paralysie générale.

Dans l'amblyopie ou l'amaurose hystérique, le fond de l'œil ne présente aucune altération.

Le rétrécissement régulièrement concentrique du champ visuel est spécial à l'hystérie; il en est un des *stigmates*.

2° *La démence progressive*, à caractères spéciaux, est, de son côté, un véritable *stigmate paralytique;* l'hystérie est impuissante à le simuler.

Enfin, l'évolution est tout autre, de même que la terminaison. Les accidents hystériques ont un développement rapide, sinon brusque; ils sont susceptibles de guérir de même; « on ne meurt pas d'hystérie », mais on meurt à peu près toujours de paralysie générale.

L'*association* hystéro-paralytique est peut-être plus fréquente que la simulation. Elle s'observe chez des hommes aussi bien que chez des femmes. Tantôt la paralysie générale se développe chez des hystériques (Rey), tantôt les crises hystériques surviennent

1. Souques, *Syndrômes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle*. Paris, 1891.

2. Voir P. Janet, *Histoire d'une idée fixe* (*Revue philosoph.*, févr. 1894, p. 148).

chez des malades déjà paralytiques (Voisin, Régis, Camuset, Dubreuilh, etc.). Dans ces derniers cas, l'affection organique produit-elle directement des accidents *hystériformes* ? Agit-elle comme « agent provocateur » de l'hystérie? La réponse est malaisée, d'autant plus que, très souvent, l'apparition du trouble mental chez une hystérique met fin aux crises et aux accidents nerveux (six fois sur sept cas, Rey).

Drouet avait « cru remarquer que le délire ambitieux faisait défaut dans ces cas » d'association hystéro-paralytique. Il s'y rencontre cependant, mais il est vrai que l'on voit plus souvent un mélange d'idées d'orgueil, d'idées hypocondriaques et de persécution.

D'après Régis, il y aurait un « antogonisme profond entre le tempérament nerveux et la paralysie générale » ; l'hystérie exercerait sur la maladie organique « une action d'arrêt », « une influence dérivative » ; la paralysie générale aurait alors des allures rémittentes, capricieuses, mouvementées, et une durée plus longue. Mais Rey, s'appuyant sur de nombreuses observations, a combattu les idées de Régis, et il pense que la paralysie générale n'est pas influencée par son association à l'hystérie, mais que son développement est, au contraire, peu compatible avec la persistance de l'hystérie.

Certains faits semblent autoriser un rapprochement (Régis) entre les accidents hystériques et les ictus apoplectiformes ou épileptiformes dans la paralysie générale. A. Voisin a décrit des accès *hystériformes* transitoires. Journiac (thèse citée, 1888), Magnan et Sérieux en ont aussi rapporté des exemples. Dans le cas de Camuset, les attaques hystériques surviennent brusquement, se répètent de *quatre à quatorze fois par jour*, et le onzième jour après leur début « le malade est trouvé mort dans son lit, couché sur le ventre, la face sur l'oreiller, les doigts énergiquement repliés dans la paume de la main. » Dans le cas de Dubreuilh, les phénomènes hystériques ont marqué le début d'accidents méningitiques mortels. Mais on est en droit de mettre en doute la *nature hystérique* des phénomènes dont il s'agit, En tous cas, c'est un point de la question qui offre un grand intérêt et qui exige de nouvelles recherches,

II. Neurasthénie. — La paralysie générale peut, à toutes ses

périodes, présenter des symptômes de neurasthénie. Tantôt il s'agit d'un état *neurasthéniforme* dû à la maladie organique, et tantôt de l'*association* à une neurasthénie vraie.

Dans les deux cas se présentent des difficultés de diagnostic, surtout sérieuses à la période prodromique de la paralysie générale.

M. A. Voisin[1] avait déjà signalé ces difficultés à propos de certains états nerveux (hypocondrie intellectuelle, névropathie cérébro-cardiaque). Krafft-Ebing, et plus récemment le professeur Fournier[2], M. G. Ballet[3], Gross (d'Heidelberg)[4] ont étudié avec soin cette question de diagnostic si importante. Enfin, M. Régis[5] a fait des rapports de la paralysie générale avec la neurasthénie, une étude très complète dans laquelle il apporte un contingent de faits personnels fort intéressants.

Ces différents auteurs ont indiqué un certain nombre de signes différentiels propres à séparer la neurasthénie simple de la neurasthénie prodromique de la paralysie générale.

Dans la neurasthénie *préparalytique* (Ballet) les stigmates neurasthéniques (casque, rachialgie, plaque sacrée) manquent. On y observe souvent, au contraire, des douleurs névralgiques extraordinaires variables d'un jour à l'autre, des modifications brusques de l'état du sujet, passant sans transition de l'extrême désespoir à la gaieté, ce qui prouve que ses souffrances sont plus *psychiques* que *somatiques*.

Les modifications du caractère, excitation, irascibilité, brutalité, sont tout en faveur de la paralysie générale, ainsi que les actes anormaux traduisant l'oubli des convenances morales ou sociales, les spéculations inconsidérées, les excès de toute sorte; en un mot, dans la neurasthénie préparalytique, les symptômes *psychiques* prédominent sur les symptômes propres à la neurasthénie.

Dans la neurasthénie vraie on ne trouve pas la plupart des

1. *Traité de la paralysie générale*, 1879.
2. *Neurasthénie d'origine syphilitique* (*Bullel. méd.*, oct. 1893).
3. *Période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale* (*Sem., méd.* 22 nov. 1893).
4. *Diagnostic précoce de la paralysie générale.* (*Zeits. f. psych.*, t. LII, f. 6).
5. *Neurasthénie et paralysie générale.* Congrès de Nancy 1896 et *Presse médic.* 7 avril 1897.

signes physiques de la paralysie générale, ni les conceptions délirantes. Inversement on y rencontre une foule de signes étrangers à la paralysie générale (courbature, hyperesthésies diverses, troubles dyspeptiques, palpitations, émotivité, *obsessions, phobies*, etc.).

Les *symptômes communs* à l'un et à l'autre état diffèrent quand on les examine de près : les *troubles oculo-pupillaires* sont infiniment plus mobiles dans la neurasthénie ; les pupilles inégales réagissent bien à la lumière, et il n'y a pas d'altérations du fond de l'œil ; les *troubles moteurs* se réduisent, chez le neurasthénique, à de l'asthénie musculaire et à des tremblements émotifs, intermittents. Tout cela est bien différent de l'ataxie et du tremblement spécial du paralytique général. — Le neurasthénique a une *mémoire paresseuse*, non réellement amoindrie comme le paralytique ; il ne commet pas, comme ce dernier, des erreurs grossières de localisation dans le temps ; si son écriture est défectueuse, il s'en aperçoit et la corrige. Au total, le neurasthénique ne présente pas la *démence commençante* du paralytique général.

D'après Gross, cependant, la distinction serait impossible, dans certains cas, au moyen des symptômes. Le mode de début et l'âge fournissent alors des éléments de diagnostic essentiels. Dans la paralysie générale le début est progressif ; dans la neurasthénie, il est brusque. La neurasthénie, affection constitutionnelle, débute presque toujours au-dessous de trente ans. La paralysie générale est, on le sait, une maladie de l'âge adulte.

Enfin, des manifestations névropathiques antérieures sont en faveur de la neurasthénie ; une syphilis antérieure est, au contraire, une présomption de paralysie générale.

M. Régis fait remarquer très justement que ces différences s'appliquent surtout au diagnostic de la paralysie générale avec la neurasthénie vraie, constitutionnelle, diagnostic ordinairement facile. Mais comment distinguer *deux états neurasthéniques* ou *neurasthéniformes* accidentels, dont l'un serait lié à la paralysie générale et l'autre à une autre cause, surtout si cette autre cause est la syphilis (neurasthénie d'origine syphilitique. Fournier)? La grande difficulté de diagnostic est évidemment là, dans les états neurasthéniques infectieux. La théorie syphilitique de la paralysie générale a ouvert la voie à la théorie infec-

tieuse[1], donnant lieu aux mêmes discussions que les intoxications (pseudo-paralysies générales, ou paralysies générales vraies)?

En fait, ce sont les neurasthénies consécutives aux infections chroniques, et, par-dessus toutes, la neurasthénie de la syphilis, qui ont les rapports les plus étroits avec la paralysie générale. Ici, les nuances symptomatiques perdent beaucoup de leur valeur; l'élément distinctif essentiel est celui qu'indiquent Gross et Régis : chez les neurasthéniques *cérébraux* la paralysie générale est à craindre ; chez les neurasthéniques *nerveux* par tempérament elle le serait infiniment moins, « la paralysie générale n'aimant pas le terrain névropathique » (Régis).

Les infections aiguës créent des états cérébraux plus accusés, dépassant le cadre de la neurasthénie, et rappelant plus ou moins la paralysie générale confirmée. On les distinguera par la connaissance de leur cause, par leur début *brusque*, par la différence de l'état mental (*obtusion* plutôt que démence), enfin par leur marche *régressive*. Nous y reviendrons à propos de *la confusion mentale*, qui peut servir de type pour l'examen de ces faits.

ARTICLE V. — **Intoxications et Infections.**

I. — ALCOOLISME. — L'intoxication alcoolique dans ses rapports avec la paralysie générale[2] doit être considérée à l'état

1. Delmas, *Maladies infectieuses et paralysie générale*. Thèse de Bordeaux, 1895 et *Archives cliniques de Bordeaux*, août 1896.

2. Lasègue, *De l'alcoolisme chronique envisagé surtout dans ses rapports avec la paralysie générale* (*Archiv. génér. de méd.*, 1853). — J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*. Thèse, Paris, 1853. — A. Voisin, *État mental dans l'alcoolisme aigu et chronique* (*Annal. méd.-psych.*, 1864). — Dagonet (*Annal. méd.-psych.*, 1873). — Magnan, Gambus, Lolliot, 1873. — Magnan, *De l'alcoolisme*, 1875. — Lacaille, *De la pseudo-paralysie générale alcoolique*. Thèse, Paris, 1881. — Régis, *Ann. méd.-psyc.*, 1881 ; *Encéphale*, 1883. — Camuset (*Annal. méd.-psych.*, 1883). — Blache, *Essai sur les pseudo-paralysies générales*. Thèse, Lyon, 1884. — Congrès de Lyon, 1891 : Rousset (rapport), *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale*. — Mairet, *Paralysie générale alcoolique*. — H. Berbez, *Paralysie générale due aux excès alcooliques*. Thèse, Paris, 1892. — Vallon, *Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique*, 1894.

aigu et à l'état chronique. Nous insisterons particulièrement sur l'alcoolisme chronique.

A. — L'alcoolisme subaigu peut réaliser un état mental analogue, par ses conceptions délirantes, aux folies expansives et aux folies dépressives. Il s'y ajoute des symptômes physiques : tremblement, incertitude des mouvements, troubles oculo-pupillaires, parole embarrassée. Ce tableau clinique éveille l'idée d'une paralysie générale à la première période. L'intoxication alcoolique se révèle ordinairement, il est vrai, par ses signes propres : crises nocturnes, cauchemars, terreurs, hallucinations spéciales de la vue (zoopsie, flammes, etc.), *tremblement des mains* très accentué, etc. Ces symptômes morbides s'atténuent en très peu de jours et la question est jugée. La difficulté n'est pas là; elle est tout entière dans les cas assez nombreux de paralysie générale au début présentant des symptômes d'alcoolisme. Le seul élément sérieux de diagnostic est alors l'évolution de la maladie : tout disparaît rapidement s'il s'agit d'alcoolisme pur et simple; les symptômes d'alcoolisme s'effacent seuls, laissant de plus en plus en évidence ceux de la paralysie générale, s'il s'agissait d'une *association*.

Il suit de là, qu'*en présence d'un élément alcoolique chez un aliéné*, il faut *toujours suspendre son jugement* et attendre, si l'on veut éviter de cruels déboires. Ceci est applicable à l'alcoolisme chronique comme à l'alcoolisme aigu, aux intoxications et aux infections en général.

B. Alcoolisme chronique. — Les rapports de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale, très discutés depuis Bayle, ont donné lieu à trois opinions principales :

1° Pour les uns, il n'y a pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale; cette dernière serait due le plus souvent aux excès alcooliques.

C'est l'opinion des anciens auteurs, à laquelle se rallient, plus ou moins complètement, Motet, Marcé, A. Foville, P. Garnier, etc. Drouet l'a exprimée très catégoriquement (1871) en disant « que les observateurs se trouvent en présence de deux variétés d'une maladie unique..... Dans les cas de gravité minime,

on a affaire à l'alcoolisme chronique; dans les cas plus graves, c'est de la paralysie générale. »

2° Pour d'autres auteurs, l'alcoolisme chronique et la paralysie générale offrent des différences symptomatiques très profondes. Cependant, l'alcoolisme peut quelquefois déterminer la paralysie générale, qui, dans ces cas, présente certains caractères distinctifs. (Magnan, Gambus, Lolliot, surtout Moreaux et Mairet.)

3° Pour une troisième opinion, l'alcoolisme ne produit pas la paralysie générale vraie, mais seulement une *pseudo-paralysie générale*, distincte par ses symptômes, distincte surtout par son évolution et sa curabilité. (Nasse, Lancereaux, Régis, Ball, Lacaille, Blache, Rouillard.)

La première de ces opinions supprime, en réalité, le diagnostic différentiel.

La seconde et la troisième, très éloignées en théorie, nous l'avons vu à propos des pseudo-paralysies générales, se rencontrent sur le terrain de l'observation, et posent l'une et l'autre, en termes un peu différents, la question du diagnostic.

On en demande la solution aux *symptômes* des deux maladies et à leur évolution.

1. *Symptômes.* — L'alcoolisme chronique se distingue tout d'abord par un certain nombre de *symptômes* qui lui sont *propres* : face plus ou moins colorée, *couperosée ;* — troubles gastro-intestinaux (inappétence, pituite, vomissements); — athérome artériel, appréciable au doigt et au sphygmographe; souvent lésions cardiaques, hépatiques, rénales; troubles de la *sensibilité* (zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, — crampes, fourmillements et engourdissements qui commencent par les extrémités des membres et ne dépassent guère les coudes et les genoux; — enfin, *troubles psychiques* spéciaux : terreurs, cauchemars, hallucinations pénibles, multiples, mobiles (zoopsie, flammes, éclairs), etc.

Cet ensemble symptomatique caractérise nettement l'alcoolisme chronique; il est étranger à la paralysie générale.

Dans les *symptômes communs* aux deux maladies, on retrouve encore des caractères différentiels.

Les troubles moteurs ne présentent ni la même succession, ni le même aspect chez l'alcoolique ; le *tremblement* des mains est un des premiers symptômes de l'intoxication ; il est accompagné d'un affaiblissement musculaire appréciable et il *précède toujours l'embarras de la parole*. — Au contraire, l'hésitation de la parole est un signe très précoce de paralysie générale ; elle apparaît avant le tremblement de la langue et surtout avant le tremblement des mains, qui est tardif et qui manque souvent. A la première période de la paralysie générale, il n'y a pas d'affaiblissement musculaire, mais on constate l'ataxie motrice particulière.

D'après Lasègue, il n'y aurait pas de différences dans la *nature* ou la *forme* de l'embarras de la parole. Je crois, cependant, que l'on peut trouver certains caractères distinctifs. Chez l'alcoolique chronique, l'embarras de la parole s'aggrave très nettement sous l'influence de *nouveaux excès* de boisson ; la parole présente alors une *trémulation excessive*, bien plus accentuée que dans la paralysie générale, et liée au *tremblement de la langue* et des lèvres, dont elle suit les variations ; aussi, voit-on l'embarras de la parole s'atténuer rapidement comme le tremblement de la langue quand le malade a été interné, par suite sevré d'alcool, tandis que chez le paralytique l'embarras de la parole est indépendant du tremblement de la langue et des lèvres, et continue sa marche progressive après l'internement. Enfin, dans les périodes avancées de l'alcoolisme chronique, en dehors de tout épisode subaigu, la parole reste empâtée et gênée dans son ensemble, et, d'après M. H. Berbez (thèse citée), il n'y aurait pas, comme dans la paralysie générale, cette hésitation et ce tremblement qui *précèdent* l'émission du son.

Les *vertiges*, les *étourdissements* se rencontrent au début des deux affections. Mais beaucoup plus fréquents dans l'alcoolisme, ils se rapprochent de la syncope (Lasègue) et ne laissent pas après eux de suites appréciables. Chez le paralytique, ces accidents, qui tiennent de la congestion cérébrale, entraînent des modifications physiques et mentales d'une certaine durée.

Enfin, l'*inégalité pupillaire* serait plus fréquente et plus tenace dans l'alcoolisme chronique ; les pupilles y seraient irrégulières, déchiquetées (Lacaille, Blache) ; mais le signe d'Argyll-Robertson serait plus rare que dans la paralysie générale (H. Berbez).

Au point de vue de l'*état mental*, on observe dans les deux cas des signes d'*affaiblissement* et du *délire*.

Chez l'alcoolique, c'est une obtusion profonde, une torpeur intellectuelle allant jusqu'à l'hébétude, mais que l'on peut faire cesser pour un instant en *brusquant* le malade. Si l'on insiste, on fixera momentanément son attention, on obtiendra une réponse correcte. Certaines réflexions spontanées montreront qu'il n'a pas entièrement perdu le sentiment de la réalité. En somme, il est *abruti* (Lasègue) plus que dément; son intelligence est *engourdie* plutôt qu'affaiblie; sa mémoire présente des *lacunes* au milieu desquelles cependant quelques souvenirs restent vivaces.

Inversement, le paralytique, au début, présente de l'excitation cérébrale, avec amnésie et affaiblissement généralisés. Son intelligence est active, mais désordonnée et nettement *amoindrie*. De plus, le paralytique général est apathique, *moralement indifférent* et très souvent satisfait de lui-même, tandis que l'alcoolique chronique, ordinairement *triste*, conserve, au moins en partie, la *sensibilité morale;* il est capable de brefs retours sur lui-même, il se plaint de sa situation et il en souffre. Même quand il exprime des idées de satisfaction et de grandeur, ce qui n'est pas très rare, l'alcoolique ne perd pas cette *sensibilité morale*, qui devient alors un signe d'une grande importance pour le diagnostic.

Le délire est généralement *triste* dans l'alcoolisme chronique, et très souvent expansif dans la paralysie générale. Mais il y a des paralysies *générales dépressives* et des cas de délire ambitieux dans l'alcoolisme, surtout chez les prédisposés vésaniques et à l'occasion des épisodes subaigus si fréquents chez ces malades.

En dehors des caractères qu'il emprunte au fond mental différent, le délire de l'alcoolique est *plus terne*, plus restreint, et en même temps plus fixe; c'est une sorte de rabâchage, une rêvasserie (Lasègue) monotone; il est lié aux sensations fausses, aux *hallucinations* qui déterminent sa direction et son contenu; il est plus *intermittent*, et, quelle que soit sa forme, il s'accompagne de crises *panophobiques* survenant de préférence le soir ou pendant la nuit.

2. *Évolution de la maladie.* — Dans certains cas, les signes différentiels que nous venons d'énumérer peuvent être assez peu accusés pour qu'il soit impossible d'établir un diagnostic ferme.

C'est alors l'étude des commémoratifs et l'évolution des troubles morbides qui fourniront la solution définitive. Si les renseignements sur le passé du malade révèlent des accès antérieurs suivis de guérison ; si les symptômes actuels sont apparus avec toute leur intensité au cours ou sur le déclin d'un accès d'alcoolisme subaigu, ce sera déjà une sérieuse présomption contre la paralysie générale, dont le début est toujours insidieux et lointain. Si, après la suppression de l'alcool, les symptômes s'atténuent graduellement (marche *régressive*), on peut exclure avec certitude la paralysie générale dont la marche, précisément inverse, est essentiellement *progressive* dans son ensemble.

C'est encore l'évolution des symptômes qui permettra de faire un diagnostic exact dans les cas si nombreux d'*association* de paralysie générale et d'alcoolisme. L'alcool supprimé, on verra s'amender rapidement, puis disparaître les symptômes qu'il commandait, pendant que les signes de paralysie générale s'accentueront toujours davantage.

Mais s'il est vrai que la paralysie générale soit parfois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique, il est clair qu'à une phase de l'évolution les malades, sans avoir cessé d'être des alcooliques, sont déjà des paralytiques généraux. Aucun diagnostic n'est possible dans cette situation : « Le passage de l'alcoolisme à la paralysie générale, dit M. Magnan, ne se fait pas d'un seul coup ; il y a une période intermédiaire, période de transition, quelquefois très longue, difficile à bien déterminer, et qui tient en suspens le diagnostic. »

II. — SATURNISME. — L'empoisonnement lent par le plomb détermine un complexus symptomatique très analogue à celui de l'alcoolisme chronique ; seulement les manifestations en sont plus précoces et plus graves. Sur un fond de profonde déchéance physique et morale, on observe, comme dans l'alcoolisme chronique, des accès aigus ou subaigus (ivresse du plomb, Ball).

C'est dans ces conditions que *l'encéphalopathie saturnine* peut simuler la paralysie générale et qu'elle a été qualifiée de *pseudo-paralysie générale*[1]. Nous n'y insisterons guère, après ce que

1. Delasiauve, *Diagnostic différentiel de la paralysie générale* (*Annales médico-psych.*, 1851). — J. Falret, thèse, 1853. — Devouges,

nous avons dit de l'alcoolisme chronique. Le diagnostic différentiel offre ici moins de difficultés. Les principaux éléments en ont été indiqués par Delasiauve, J. Falret et Régis.

Le saturnisme est décelé tout d'abord par une série de *symptômes propres :* liséré gingival, teinte terreuse de la peau, crampes, fourmillements, anesthésies ou hyperesthésies partielles, *paralysies vraies*, arthropathies, etc. ; — dans la sphère mentale, ce sont des cauchemars, des terreurs, des hallucinations pénibles, des idées de persécution et d'empoisonnement, etc.

Quant aux *symptômes communs*, du côté de l'intelligence, on observe plutôt une obtusion profonde, une suspension complète des facultés qu'une démence analogue à celle de la paralysie générale. Les dispositions morales sont très différentes : M. Régis oppose la défiance, la grossièreté, l'égoïsme du saturnin à la bienveillance et à l'optimisme du paralytique. *L'embarras de la parole* est, dès le début, très intense; c'est un bredouillement inintelligible. Les autres *troubles moteurs* sont constitués par des *paralysies véritables*, partielles ou progressivement *extensives*, etc.

L'évolution est le contrepied de ce qui existe dans la paralysie générale. Dès le début, les troubles sont au *maximum*, puis ils s'atténuent progressivement et la guérison survient. Comme dans l'alcoolisme, la marche des accidents est *régressive* et *non progressive* comme dans la *paralysie générale*.

Mais de même qu'il y a des paralytiques *arrosés*, présentant simultanément des symptômes d'alcoolisme et de paralysie générale, on peut aussi rencontrer des *saturnins* atteints de *paralysie générale vraie*. Ici encore, c'est la marche de la maladie qui résoudra la difficulté. Une fois le malade soustrait à l'influence du poison, on verra disparaître petit à petit les phénomènes toxiques, tandis que les symptômes de paralysie générale *s'aggraveront progressivement*.

III. — SYPHILIS[1]. — Jusqu'à la publication du livre du professeur Fournier, *la Syphilis du cerveau*, en 1879, les rapports

De la paralysie générale saturnine (*Ann. méd.-psych.*, 1857). — Régis, *Encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale* (*Annales méd.-psych.*, 1880). — Vallon, *Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique*. Paris, 1894.

1. Virchow, observation analysée dans *Annal. méd.-psych.*, 1863. — Wille, *Psychoses syphilitiques* (*Allgem. Zeits.*, 1871). — Schüle,

de la paralysie générale et de la syphilis avaient été assez peu étudiés en France. On admettait que la syphilis peut toucher le cerveau et déterminer des troubles variés, dont quelques-uns ressemblent à la paralysie générale (Gros et Lancereaux, Zambaco) mais peuvent toujours en être distingués. L'influence de la syphilis sur le développement de la paralysie générale était habituellement négligée.

M. Fournier met la question à l'ordre du jour, et il y introduit un élément nouveau par la création de la *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*. Il appliquait cette dénomination à « des cas offrant la plupart des attributs de la paralysie générale mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés..., au point qu'il est impossible de les confondre. » Ayant à peu près les mêmes symptômes que la paralysie générale vraie, la *pseudo* avait à peu près aussi les mêmes lésions (méningo-encéphalite, *moins diffuse* que dans la paralysie générale vraie et plus méningée que corticale, *méningite hyperplasique*).

Quand à la paralysie générale vraie, M. Fournier, ne voulant pas encore heurter trop violemment les idées régnantes, semblait admettre qu'elle peut se développer chez un syphilitique, mais qu'elle ne reconnaît pas la syphilis comme cause.

Cette théorie de la *pseudo-paralysie générale syphilitique* attira immédiatement l'attention et la discussion. Parmi les contradicteurs, Foville se place à un point de vue particulier. Il ne nie pas la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, mais il refuse de la voir dans les cas de M. Fournier. Dans un travail très étudié (*Annales m.-ps.*, *1879*), il soutient que la syphilis cérébrale à *lésions diffuses et simulant cliniquement la paralysie générale*, doit être identifiée à cette dernière. Si la syphilis est capable de réa-

Syphilis cérébrale et démence paralytique (*Allgem. Zeits.*, 1871). — Lancereaux, *Gaz. hebdom.*, 1873. — J. Mickle, *Syphilis et aliénation (British and Foreing méd. chirurg. review.*, 1877). — A. Fournier, *La syphilis du cerveau*, 1879. — *Syphilis et paralysie générale (Bullet. méd.*, avril 1893). — A. Foville. *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale (Annal. méd.-psych.*, 1879). — Lasègue, *Soc. méd.-psych.*, mai 1879. — Christian, *Ibid*, juin 1879. — Morel-Lavallée et Bélières, *Syphilis et paralysie générale*. Paris, 1889. — Congrès de méd. mentale, Paris, 1889, Rouen, 1890, Blois, 1892. — F. Raymond, *Leçons cliniques de Lariboisière*, 1892. — *Bulletin médical*, 13 avril 1892. — Mairet, *Aliénation mentale syphilitique*, 1893.

liser des lésions de *méningo-encéphalo-artérite* presque identiques à celles de la paralysie générale, peu importe que ces lésions, quand elles sont dues à la syphilis, prédominent sur les méninges, alors que dans la paralysie générale vraie leur siège est principalement cortical. Il n'y a là que de simples nuances individuelles, et dans les deux cas on se trouve en présence d'une *maladie unique*, dont la cause seule peut être différente. On pourrait, à la rigueur, parler alors de paralysie générale *d'origine syphilitique*, mais non de pseudo-paralysie générale syphilitique. La *véritable pseudo* est celle qui, semblable par ses symptômes à la paralysie générale vraie, s'en distingue nettement par ses lésions ; elle résulte, en effet, de *syphilomes multiples* mais toujours *nodulaires* et *limités* ; c'est ce que l'on appelle aussi la *paralysie générale syphilomateuse* (Newington, Morel-Lavallée et Bélières, etc.).

En réalité, et c'est ce que Foville avait bien vu, la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, telle que M. Fournier la comprenait en 1879, était une transition, un acheminement à une théorie plus radicale qui fait de la syphilis la cause la plus fréquente, sinon la seule, de la paralysie générale vraie. Emise dès 1857 par Esmark et Jessen et en 1863 par Kjellberg, cette théorie, qui comptait de nombreux partisans à l'étranger, s'est progressivement répandue en France depuis 1879. Elle a été adoptée plus ou moins complètement par Fournier, Régis, Quinquaud, Morel-Lavallée, Belières, J. Falret, Cotard, Raymond, Rendu, Ballet, etc., etc.

Actuellement, les opinions en présence sont les suivantes :

1° La syphilis cérébrale peut déterminer un complexus symptomatique analogue à celui de la paralysie générale, mais s'en distinguant par ses symptômes, par sa marche et par ses lésions anatomiques. Un syphilitique peut devenir paralytique général ; sa paralysie ne présente pas de caractères particuliers, tout le rôle de la syphilis consistant à mettre en jeu, à *provoquer une prédisposition* due à d'autres causes (Magnan, Mesnet, Lancereaux, Christian, Joffroy, etc.) ;

2° La syphilis ne crée pas la paralysie générale vraie, mais seulement une *pseudo-paralysie générale*, très analogue à la vraie et par ses symptômes et par ses lésions anatomiques, mais pouvant être séparée cliniquement et anatomiquement (états

paralysoïdes de Lasègue ; ancienne opinion de M. Fournier ; — J. Mickle, Motet, plus récemment Mairet, ont soutenu une opinion analogue) ;

3° La pseudo-paralysie générale syphilitique est celle qui se distingue de la paralysie générale vraie moins par ses symptômes que par son évolution et par ses lésions anatomique (Foville, Régis, Ball, Mendel, etc.) ;

4° La paralysie générale vraie n'est le plus souvent qu'une conséquence de la syphilis ; elle est, comme le tabes, une affection *parasyphilitique* (Fournier, Régis, Quinquaud, Raymond, etc.).

La discussion de ces diverses opinions est étrangère à notre sujet. Il fallait les indiquer cependant, car elles touchent aux bases mêmes du diagnostic de la paralysie générale.

Mais il est un point de fait sur lequel il est nécessaire d'insister. En admettant même que la syphilis soit la grande cause de la paralysie générale vraie, il n'en reste pas moins d'autres *formes de syphilis mentale*, et notamment celle qui correspond à la pseudo-paralysie générale de Foville, liée à des lésions en foyer plus ou moins disséminées. Cette forme exige un diagnostic différentiel, souvent fort délicat, et dont les éléments, surtout indiqués par J. Mickle, par Fournier et par Motet [1] sont empruntés aux symptômes et à l'évolution des deux maladies.

A. Symptômes. — 1. *Symptômes physiques*. — Au début, on pensera à la syphilis cérébrale plutôt qu'à la paralysie générale si l'on observe des *ictus cérébraux répétés* avec ou sans perte de connaissance, — des accès *d'épilepsie partielle*, des *paralysies* dans le domaine des *nerfs craniens*. Ces *paralysies* sont *partielles*, *dissociées*, *transitoires* et *récidivantes ;* elles frappent surtout les muscles de l'œil (diplopie, ptosis, strabisme) et s'accompagnent fréquemment d'atrophie de la papille et de cécité rapide. — Les *troubles* précoces et intenses de la *déglutition* appartiennent presque exclusivement à la syphilis cérébrale. — Une *monoplégie* ou une *hémiplégie complète* survenant également au début de la maladie, fera presque nécessairement exclure la paralysie générale dans laquelle les accidents de cette nature sont extraordinaire-

1. Motet, in *Syphilis et paralysie générale*, de Morel-Lavallée et Bélières, 1889.

ment rares. Dans la remarquable observation de Foville (1879), on eût évité l'erreur de diagnostic en tenant un plus grand compte de l'hémiplégie existante.

Les secousses fibrillaires des lèvres et de la face manquent souvent dans la syphilis cérébrale, et quand elles existent elles sont plus faibles que dans la paralysie générale. La *parole* n'est pas hésitante, trémulante, comme dans la paralysie générale ; elle est difficile, *empâtée*, comme dans le ramollissement ou l'hémorragie ; il semble que la malade ait « la bouche pleine de bouillie » De plus, cet embarras est plus variable, plus intermittent ; il s'y joint fréquemment une *aphasie précoce*.

Des *céphalalgies* intenses, à recrudescence nocturne, sont tout en faveur de la syphilis ; de même la *surdité* apparaissant aux premières périodes.



Enfin dans la syphilis du cerveau, la santé générale est altérée profondément et de bonne heure, tandis que les paralytiques conservent d'ordinaire jusque dans les périodes avancées un bon état général. — La constatation des *lésions* de *syphilis tertiaire*, étant donné la fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques, n'a pas l'importance diagnostique qu'on lui a longtemps attribuée ; d'ailleurs, elle fait très souvent défaut.

2. *Symptômes mentaux*. — Le délire des grandeurs serait exceptionnel dans la syphilis cérébrale. Le trouble habituel est un *délire mélancolique et hypocondriaque précoce*, n'allant pas jusqu'aux idées de négation et d'énormité, ou bien une dépression plus ou moins grande, mais *sans délire* (tabes cérébral).

La distinction la plus importante, à mon avis, est tirée de l'état général des facultés. On n'observe pas dans la syphilis mentale cette démence si particulière de la paralysie générale : l'intelligence est *obscurcie*, déprimée, *engourdie*, plutôt que détruite; le malade conserve ou retrouve par moments une conscience relative de sa situation; ses sentiments moraux et affectifs subsistent plus ou moins; enfin, sa *mémoire inégale*, *lacunaire*, capable de conserver quelques faits récents, ne décroît pas progressivement et en masse, comme celle du paralytique. Pour toutes ces raisons, le délire, quand il existe dans la syphilis mentale, n'a pas la *profonde* et *persistante absurdité* du délire de la paralysie générale.

B. Évolution. — Les troubles physiques (ictus, paralysies) ouvrent la scène morbide dans la syphilis cerébrale, et les troubles intellectuels leur sont consécutifs. Les paralysies ont une marche regressive. La plupart des symptômes ont une allure très capricieuse et sont extrêmement variables dans leur succession ; les troubles intellectuels, notamment, présentent de frappantes inégalités. La guérison, sous l'influence du traitement spécifique, sans être fréquente, est loin d'être exceptionnelle.

Chacun de ces éléments de diagnostic, considéré séparément, peut être discuté et contesté. Aucun d'eux ne saurait, à lui seul, autoriser un jugement définitif. C'est au début surtout que la réserve s'impose; plus tard, la réunion des principaux symptômes différentiels (mono ou hémiplégie, comparaison de l'état mental) permettra habituellement de résoudre la difficulté.

Quant à distinguer une paralysie générale *syphilitique* de la paralysie générale *vraie, ordinaire*, il n'en saurait être question dans l'hypothèse généralement admise de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

IV. — MALADIES INFECTIEUSES. — Nous avons déjà vu que la paralysie générale affecte des relations à la fois étiologiques et cliniques avec certaines infections (syphilis) et intoxications (alcoolisme, saturnisme, etc.). Des rapports analogues se retrouvent à propos des états infectieux et toxiques en général[1], nous l'avons dit pour les pseudo-paralysies générales, comme nous venons de le montrer pour les états neurasthéniques.

1. Sur cette question, voir principalement : Foville, *Paralysie générale par propagation* (*Annales médic.-psych.*, 1873). — Mabille, *Démence paralytique à la suite d'une variole* (*Annal. méd.-psych.*, 1883). — Charpentier, *Intoxications et paralysie générale* (*Annales méd.-psych.*, 1890). — Krypiakiewicz, *Paralysie générale consécutive à l'influenza* (*Jahrb. f. psych.*, 1892). — Laroussinie, *Fièvre typhoïde à forme anormale chez une aliénée* (*Tribune médicale*, mai 1893). — Régis et Chevalier-Lavaure, *Auto-intoxication dans les maladies mentales* (*Rapport au Congrès de La Rochelle*, 1893). — Toulouse, *Psychoses post-influenziques et post-fébriles* (*Gazette des hôpitaux*, 30 mai 1893). — Delmas, *Maladies infectieuses et paralysie générale*. Thèse, Bordeaux, 1895. — Spillmann et Etienne, *Pseudo-paralysie générale consécutive à une intoxication par vapeurs d'huile d'aniline* (*Rev. méd. de l'Est*, sept., 1896). — De Holstein, *La paralysie générale d'origine diabétique* (*Sem. méd.*, 1897, numéro 22).

Il est impossible et inutile de passer ici en revue tous les cas particuliers. Il suffira, pour l'objet de ce travail, d'examiner deux groupes morbides principaux, résumant dans leur étiologie la plupart des infections et des intoxications. Je veux parler des *confusions mentales* et des *polynévrites*, qui, dans ces dernières années, ont donné lieu à de nombreux et importants travaux. Il ne sera pas superflu, pour montrer l'intérêt de la question qui nous occupe actuellement, de rappeler que le plus grand nombre des cas de pseudo-paralysie générale et de pseudo-démence (Baillarger) sont des états psychopathiques relevant d'une infection ou d'une intoxication soit aigüe, soit chronique.

De ce rapprochement dérive, pour les faits de ce genre, une règle générale concernant le diagnostic : tout trouble mental éveillant l'idée d'une paralysie générale et dépendant d'un état infectieux ou toxique commande des réserves dans le diagnostic; il faut *attendre* avant de se prononcer définitivement.

A. Confusion mentale[1]. — Qu'elle soit primitive (Chaslin) ou secondaire, qu'elle se présente à l'état d'affection véritable ou de simple symptôme, la *confusion mentale* (démence aiguë, stupidité, confusion intellectuelle des anciens auteurs) présente certaines analogies, surtout avec les formes simple et dépressive de la paralysie générale. Comme toujours, le diagnostic est aisé dans les cas typiques, lorsque les symptômes de la paralysie générale existent au complet, Mais quelquefois, en l'absence de renseignements et au début d'une paralysie générale, la critique approfondie de tous les symptômes deviendra indispensable. Ce diagnostic différentiel a été fort bien exposé dans les « Leçons » de M. Séglas.

1. *Symptômes psychiques*. — Le délire hypocondriaque et de négation peut exister dans tous les états infectieux ou toxiques, avec les caractères qu'il affecte dans la paralysie générale (mobilité, absurdité, etc.). Mais le fond mental est très différent.

1. Delasiauve, *Journal de méd. ment.*, 1864. — Chaslin, *Congrès de Blois*, 1892. (*Annal. méd.-psych.*, sept. 1892 — *La Confusion mentale primitive*, Paris, 1895. — Hannion, Thèse, Paris, 1894. — Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895.

Dans la confusion, et au contraire de la paralysie générale, les conceptions délirantes sont exprimées avec hésitation, sous la forme du doute, de l'incertitude ; il est visible que le malade a de la peine à rassembler ses idées, qu'il fait des efforts inutiles.

De même, *les troubles de la mémoire* diffèrent dans l'un et l'autre cas. Chez le paralytique, l'affaiblissement est progressif, mais le malade *reconnaît* jusqu'à une période avancée les personnes et les choses avec lesquelles il est en rapport ; il est, d'ailleurs, indifférent à son amnésie qu'il ne soupçonne pas.

Chez le confus, c'est la *synthèse actuelle* des images qui manque, son amnésie est *continue;* il oublie au fur et à mesure[1], aussi ne reconnaît-il même pas les personnes et les choses qui l'entourent ; il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Mais il a comme une vague conscience de ce qui lui manque et il fait des efforts très apparents pour adapter au milieu ses idées, ses paroles et ses actes.

Les actes du confus sont indécis, inachevés, automatiques ; ceux du paralytique général sont enfantins, maladroits, désordonnés. A la physionomie étonnée, égarée, stupéfaite du confus, on oppose ordinairement la physionomie inerte, niaise, béate du paralytique général. Il ne faut pas oublier cependant que ce signe perd de sa valeur quand il s'agit d'un paralytique déprimé, hypocondriaque.

Pour résumer l'état mental de ces deux catégories de malades, on peut dire que *le confus n'est pas un dément ;* chez lui, les fonctions mentales sont opprimées et comme suspendues, elles ne sont pas détruites ; aussi cet état guérit-il habituellement.

Le paralytique général est bien un dément, au sens le plus absolu ; ses fonctions mentales se détruisent progressivement, sa maladie est incurable dans l'immense majorité des cas.

2. Dans les *symptômes physiques*, on trouve encore des distinctions. *L'inégalité pupillaire* est beaucoup plus rare dans la confusion mentale ; quand elle existe, elle est extrêmement mobile et

1. Ceci est plus apparent que réel. De nombreuses observations prouvent que les souvenirs du confus *réapparaissent* sous la forme consciente ou inconsciente ; son amnésie est surtout une amnésie d'*évocation* ou d'*assimilation* (Ribot, Korsakow, P. Janet). Mais, au au point de vue pratique, les choses se passent comme si le malade oubliait *réellement* au fur et à mesure.

variable. Chez un malade que j'ai observé avec M. Séglas, le maximum de dilatation passait d'un œil à l'autre plusieurs fois dans la même journée. On n'observe que très exceptionnellement le signe d'Argyll-Robertson.

La *parole* est *lente*, *ânonnée*, parfois hésitante chez le confus; les phrases sont rarement achevées; cet embarras ne s'aggrave pas progressivement. Tout cela est l'opposé de ce qui se voit au début de la paralysie générale.

Les *mouvements* du paralytique sont brusques, légèrement saccadés et incoordonnés dès le début; ceux du confus sont lents, hésitants, indécis, mal combinés.

L'écriture est moins altérée au point de vue graphique chez le confus; elle présente moins de taches, de lettres tremblées.

Les *troubles de nutrition*, l'amaigrissement sont habituels dès le début de la confusion; ils sont l'exception au début de la paralysie générale.

Enfin le *gâtisme* intermittent peut exister dans la confusion mentale; mais quand il est *précoce* et *continu*, le gâtisme fera penser à la paralysie générale.

L'évolution fournira de nouveaux éléments différentiels.

Le début de la confusion mentale est généralement brusque. Quand il y a une période prodromique, elle est de courte durée et les signes d'épuisement physique apparaissent rapidement. La maladie atteint bientôt sa période d'état, elle reste stationnaire un certain temps, puis, dans la plupart des cas, les symptômes s'atténuent et la guérison se produit. Dans la paralysie générale, au contraire, le début est insidieux, l'aggravation est progressive et la terminaison fatale.

Dans les cas dont nous venons de parler, les difficultés de diagnostic peuvent être grandes; elles ne sont pas insolubles. Elles sont bien plus ardues lorsque la confusion mentale apparaît à titre de complication dans le cours ou au début d'une paralysie générale. Si les commémoratifs manquent, les chances d'erreur seront grandes : d'une part, la *stupeur réellement paralytique* peut être suivie de rémissions prolongées, assez marquées pour faire croire, à tort, à une guérison; d'autre part, la paralysie générale peut, exceptionnellement, débuter sous la forme d'une démence aiguë. La recherche des antécédents, les nuances symp-

tomatiques et surtout la marche pourront permettre, dans chaque cas particulier, d'éviter ou de rectifier l'erreur.

B. Polynévrite a forme mentale[1]. — Les états morbides connus sous le nom de *polynévrites* peuvent présenter un ensemble de symptômes très variés dont la prédominance relative a permis d'établir trois formes cliniques principales : la *forme motrice*, la *forme sensitive* et la forme *mentale* (Raymond, *Leçons*).

Charcot, dès 1884, avait attiré l'attention sur les *troubles psychiques* dans la névrite alcoolique, la plus fréquente peut-être et la plus importante. Mais l'état mental lié aux névrites en général a été décrit d'une façon très complète par Korsakow, de Moscou (1886-1889). Cet auteur en faisait une maladie mentale particulière, la *psychose polynévritique* ou *cérébropathie psychique toxémique*, caractérisée par un *épuisement psychique* « apparaissant dans le cours des affections puerpérales, des maladies infectieuses aiguës et de certaines maladies chroniques. »

La *psychose polynévritique* constitue un groupement de faits disparates plutôt qu'une espèce morbide bien définie. Mais ces faits présentent un élément commun ; c'est *un degré variable*, mais toujours appréciable, de *confusion mentale*, plus ou moins analogue à la confusion mentale de Chaslin. D'ordinaire, c'est l'*amnésie* qui domine ; elle est *continue* et elle s'accompagne de la perte des notions de temps et d'espace, d'une grande difficulté dans l'association des idées. Très souvent, il y a de plus de l'apathie, une niaiserie apparente, des alternatives de rires et de pleurs non motivés, de l'inquiétude et de l'agitation *nocturne*. Si à cette *confusion apathique* se joignent quelques symptômes physiques : vertiges, inégalité pupillaire, embarras de la parole, etc., on conçoit que la maladie puisse être prise pour une paralysie générale. L'erreur a été commise fréquemment à une époque où l'on ne connaissait pas les polynévrites ; on en retrouve des cas typiques dans les observations qui ont servi à

1. Korsakow, *Psychôse polynévritique* ou *cérébropathie psychique toxémique* (*Congrès de médecine mentale*. Paris, 1889). — Korsakow et Serbski, *Archiv. f. psych.*, 1891. — Klippel, *Des pseudo-paralysies générales névritiques* (*Gaz. hebdom.*, 4 févr. 1893). — F. Raymond, *Clinique des maladies du système nerveux*. Paris, 1897.

créer la prétendue paralysie générale sans aliénation. Elle a été plus d'une fois commise depuis, et, dans ses leçons de l'année dernière, le professeur Raymond en a cité deux nouveaux exemples [1], à propos de la polynévrite alcoolique.

Le plus souvent, il suffira de savoir que l'erreur est possible pour l'éviter. On se gardera de confondre, ce qui arrive trop souvent, *amnésie* et *démence*, et, derrière l'affaiblissement de la mémoire, on recherchera l'état des autres manifestations mentales dans leur ensemble; on verra qu'elles sont gênées, assoupies, mais non pas absentes. Quant aux *symptômes physiques*, on recherchera le signe d'Argyll-Robertson, très exceptionnel dans les polynévrites.

Mais surtout on constatera l'existence, à quelque degré, des *troubles moteurs* et *sensitifs* propres aux polynévrites : mains et pieds *tombants*, paralysie ou parésie *diminuant d'intensité des extrémités vers la racine* des membres, atrophie musculaire, altération des réactions électriques ; — fourmillements, picotements dans les membres, douleurs à la pression, surtout au niveau de l'émergence des troncs nerveux ; douleurs provoquées par les mouvements passifs, etc. Outre ces symptômes de névrite, on observe un trouble profond de l'état général, un *amaigrissement considérable*.

En ce qui concerne le mode de début, on se souviendra que la *psychose polynévritique* apparaît au cours ou au déclin d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique. Sachant qu'elle guérit habituellement par un traitement approprié, on comprend toute l'importance d'un diagnostic exact.

On voit à quel point cette question des états infectieux et toxiques dans leur rapports avec la paralysie générale intéresse le *diagnostic*, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de l'origine et de la nature même de la paralysie générale, de son évolution et de sa terminaison. Ces problèmes se sont virtuellement posés le jour où l'on a discuté pour la première fois les relations de la paralysie générale avec l'alcoolisme, avec la syphilis. Dès ce moment, deux opinions principales sont apparues qui divisent encore aujourd'hui les auteurs : 1° ces influences morbides pro-

1. *Clinique*, 1897; leçons 8 et 9.

duisent des états *analogues* à la paralysie générale, mais très différents en réalité, des *pseudo-paralysies générales ;* — 2° ces influences morbides sont des causes de la paralysie générale vraie.

Les pseudo-paralysies générales ont perdu beaucoup de terrain en ce qui concerne l'alcoolisme et surtout la syphilis ; nombre d'auteurs, le plus grand nombre sans doute, admettent la syphilis *cause* de *paralysie générale vraie*. Les autres infections et intoxications auront-elles la même fortune ? Arrivera-t-on à démontrer qu'il y a des paralysies générales d'origine typhique, variolique, tabagique, diabétique, etc. ? Si oui, ces paralysies générales diffèrent-elles seulement par leur origine ou aussi par leurs symptômes et par leur marche ? Autant de questions anciennes qui, sous une autre forme, sont redevenues les questions palpitantes du moment en matière de paralysie générale. Si les solutions en sont affirmatives, il faudra modifier bien profondément les idées traditionnelles sur l'évolution de la maladie, admettre des paralysies générales abortives, curables, remanier complètement les bases du diagnostic différentiel, etc. Ce serait l'éclatante confirmation de ce mot de M. J. Falret : « L'histoire de la paralysie générale est à refaire. » Dans tous les cas, la théorie infectieuse de la paralysie générale ouvre une période nouvelle de l'histoire déjà si longue de cette maladie.

CONCLUSION

Je résumerai les points essentiels de cette étude sur le diagnostic de la paralysie générale en quelques propositions sur lesquelles la discussion peut utilement être engagée.

1. — La paralysie générale, maladie intermédiaire aux psychoses et aux affections organiques du cerveau, est caractérisée par une double série de symptômes psychiques et physiques en rapport avec des lésions particulières (méningo-encéphalite chronique diffuse). — Ceci élimine la prétendue paralysie générale *sans aliénation* et les états psychopathiques sans substratum anatomique appréciable ou dépendant de lésions en foyer, d'altérations athéromateuses, etc.

2. — Bien qu'ayant des caractères distinctifs, aucun des symptômes de la paralysie générale n'est pathognomonique. On n'est pas autorisé à poser le diagnostic *uniquement* d'après les signes physiques ou d'après les symptômes psychiques; il est nécessaire que les *deux ordres* de symptômes soient représentés dans le tableau clinique, au moins par les plus essentiels d'entr'eux. Ce sont, dans l'ordre mental, la *démence généralisée et progressive* à laquelle les *délires* empruntent leur physionomie spéciale; — dans l'ordre physique, *l'embarras de la parole*, les *troubles oculo-pupillaire* (ophtalmoplégie interne, graduelle et progressive), l'*ataxie psycho-motrice* et les *accidents cérébraux*. — La démence généralisée et progressive, avec les caractères particuliers que j'ai essayé de décrire, est le *symptôme cardinal* de la paralysie générale; elle constitue un véritable *stigmate paralytique*.

3. — Dès le début de la maladie, l'état démentiel commençant se trahit par l'impuissance mentale, par *l'absurdité des opérations intellectuelles* (association des idées, raisonnement, jugement), plus encore que par l'absurdité des idées; — par les lacunes de la mémoire, par les altérations du sens moral, de la conduite et des actes, etc. Survenant chez un adulte, à l'époque où l'énergie de l'esprit est au maximum, ces différents symptômes ont vraiment une signification particulière. Malheureusement, la constatation n'en est pas toujours possible par l'examen direct du malade, et la connaissance des antécédents, toujours très utile, peut devenir indispensable. Dans certains cas même, ni les renseignements sur le début de la maladie, ni l'examen direct du malade ne suffisent à établir un diagnostic légitime (certaines *folies congestives* et *pseudo-paralysies*); il faut alors se résigner à attendre que l'évolution des symptômes vienne faire la lumière. — A la *période prodromique*, la paralysie générale peut être *soupçonnée*, mais il n'existe pas de signes permettant de l'affirmer.

En dehors de ces considérations générales, je crois que de l'étude des faits l'on peut déduire quelques *règles pratiques* pour le diagnostic.

4. — A partir de cinquante-cinq ans, la paralysie générale

devient vraiment rare. En présence d'un sujet de cet âge et à bien plus forte raison après soixante ans, il convient de redoubler d'attention et de n'admettre le diagnostic de paralysie générale que sous le bénéfice d'un inventaire rigoureux et plusieurs fois répété.

5. — Devant un malade ayant dépassé cinquante ans et présentant des signes d'*artério-sclérose*, il faut se souvenir que l'athérome cérébral généralisé peut simuler cliniquement la paralysie générale et que, d'autre part, il peut lui être associé et en modifier la physionomie. De là l'obligation d'une critique des symptômes délicate et approfondie et la nécessité de sérieuses réserves.

6. — De même, la constatation d'une *hémiplégie vraie*, si elle n'est pas de nature à faire éliminer d'emblée la paralysie générale, doit imposer un doute persistant; les probabilités de paralysie générale sont, dans ces cas, très faibles, et, tout au moins, il y a certitude d'une association avec un autre état pathologique.

On peut en dire autant de la cécité qui, même à titre de complication, est exceptionnelle dans la paralysie générale; elle est donc contraire plutôt que favorable au diagnostic de paralysie générale.

7. Enfin, si l'affection qui éveille l'idée d'une paralysie générale se montre chez un alcoolique avéré, si elle a eu pour point de départ un état infectieux ou toxique et surtout si le développement de cette affection a été rapide, la nécessité s'impose d'attendre et d'en appeler, pour fixer le diagnostic, à la marche de la maladie.

ADDENDA

Page 29, note. — Ajouter à la suite : Joffroy, Rouillard, Christian, Sollier, A. Voisin, Ballet, Briand, *Annales médico-psychologiques*, janvier à juillet 1894.

Page 33, note. — Ajouter : *Archives de neurologie*, juin 1897.

DEUXIÈME QUESTION

L'HYSTÉRIE INFANTILE

Rapport du Dr Paul BÉZY

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

L'hystérie se manifeste chez l'enfant, soit par des crises convulsives plus ou moins complètes, qui ne laissent aucun doute, soit sous des formes trompeuses, simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance, soit sous des formes frustes.

Exposer les caractères de l'hystérie infantile, profiter des conquêtes de la science médicale jusqu'à ce jour, montrer, chemin faisant, les points encore mal connus, tel sera le but de ce travail.

Il eût été intéressant de prendre tel ou tel enfant hystérique et de le présenter d'une façon purement clinique. Nous avons préféré présenter la maladie et non le malade, pour plus de clarté, et aussi pour faciliter la tâche à ceux qui voudront bien, par leurs critiques et leurs conseils, combler les lacunes qui existeront certainement malgré nos soins.

Nous donnerons d'abord l'historique de la question, nous montrerons ensuite les diverses formes de l'hystérie infantile; puis nous rechercherons à quel âge et de quelle façon la maladie peut présenter ses premières manifestations; enfin, nous passerons en revue l'étiologie, le pronostic, le traitement et le diagnostic de l'hystérie infantile.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

L'histoire de l'hystérie infantile a commencé le jour où a été détruite la théorie qui plaçait dans l'utérus le siège et la cause première de la névrose.

Les travaux les plus importants sur ce sujet ont été écrits en France sous l'influence de l'école de la Salpêtrière, influence qui s'est étendue aussi à bon nombre de travaux étrangers.

Ce serait une tâche difficile et d'une utilité contestable de rapporter ici ne fut-ce qu'une citation de chacun des travaux écrits sur ce sujet; aussi avons-nous pensé qu'il valait mieux se borner à un simple exposé montrant les grandes lignes de la question. Tous les auteurs que nous allons citer donnent eux-mêmes dans leurs travaux une bibliographie abondante ; il sera donc plus simple de se reporter à eux pour les recherches bibliographiques. Avec la lecture de ces auteurs et les indications que nous aurons soin d'ajouter, on aura, nous l'espérons du moins, une bibliographie, sinon complète, du moins très suffisante.

L'histoire de l'hystérie infantile peut être divisée en trois périodes.

Dans la première, les anciens reconnaissent que l'hystérie convulsive existe, non pas seulement chez la femme, mais chez la petite fille, chez l'homme et chez le petit garçon. Ils en parlent, mais sans la décrire.

La seconde période est remplie par les travaux de la Salpêtrière, qui établissent bien nettement les limites de l'hystérie, ses formes, son traitement. Naturellement l'hystérie infantile profite de ces éclaircissements. Non seulement elle est reconnue, mais elle est décrite ; non seulement elle est reconnue dans ses formes convulsives, mais elle est dépistée sous ses formes non convulsives, et même larvées.

La troisième période, qui chevauche un peu sur la précédente et arrive jusqu'à nos jours, comprend les travaux des médecins

d'enfants. La Salpêtrière a bien décrit l'hystérie infantile dans toutes ses formes; le médecin d'enfants, prévenu, va la voir, comme chez l'adulte, simuler diverses affections. De là, une série de travaux émanant soit des neurologistes, soit des pœdiatres, et jetant un jour brillant et d'une utilité pratique incontestable sur la médecine infantile.

Nous allons rapidement passer en revue les noms et les travaux qui ont marqué chacune de ses trois périodes, et nous terminerons en jetant un coup d'œil sur les travaux qui ont été produits à l'étranger.

Nous répétons que nous nous contentons d'un aperçu rapide, renvoyant pour une étude complète aux travaux de Gilles de la Tourette, de Pitres, de Paul Richer, de Clopatt et autres que nous signalerons au cours de ce rapport.

La première période comprend surtout les auteurs qui ont commencé de protester contre la théorie utérine de l'hystérie. On trouvera tous leurs noms dans le chapitre que Gilles de la Tourette a consacré à l'historique, dans son ouvrage[1]. Nous citerons d'abord l'opinion de Charles Lepois, qui affirme, en 1618, l'hystérie chez l'homme et chez les fillettes de douze ans. Il fallait, à cette époque, un certain courage pour rompre avec les errements du passé. Pour s'en rendre compte, il suffira de voir dans le chapitre consacré à l'historique par Pitres[2] combien étaient tenaces, en 1612, les croyances à la sorcellerie et aux marques des sorciers (les zones d'anesthésie d'aujourd'hui), et combien ces croyances étaient partagées par les médecins qui s'employaient de leur mieux à les protéger.

Hoffmann, en 1730, revient sur la rétention de la liqueur spermatique chez la femme, et n'en donne pas moins du reste des observations chez l'homme, chez l'enfant, voire chez le petit garçon. En effet, les observations de 18 à 23 de la thèse de Clopatt, qui sont empruntées à Hoffmann, se répartissent ainsi : fille 13 ans, fille 12 ans, garçon 12 ans, garçon 11 ans, garçon 7 ans, garçon 14 ans. Ces observations sont, croyons-nous. les premières rapportées chez des petits garçons.

1. Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. I, 1891.

2. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I, p. 55.

Nous n'insisterons pas sur les erreurs qui règnent jusqu'à l'apparition de l'important travail de Briquet en 1859: *Traité de l'hystérie*. On trouvera du reste, dans les travaux indiqués, tous les renseignements à ce sujet. Nous ne pourrions que les recopier ici. Mais nous devons une mention spéciale à l'importante monographie de Clopatt. On trouve tous les détails qui intéressent particulièrement l'hystérie infantile, soit dans l'historique placé au commencement, soit surtout dans l'appendice placé à la fin, qui rapporte comme première observation en date celle d'une fille de douze ans, citée par Willis; puis viennent celles d'Hoffmann; enfin, les autres, au nombre de deux cent soixante-douze, y sont résumées et placées dans leur ordre chronologique jusqu'à l'année 1888, époque de l'apparition de ce très important travail.

Pour la période qui nous occupe en ce moment, Clopatt cite, à côté de Briquet, les noms de Dubois (d'Amiens)[1], de Brachet[2], de Willis, de Sydenham, d'Hoffmann, de Georget, de Landouzy et enfin de Bouchut qui, en 1877[3], combat les idées de Briquet, et attribue ses observations d'hystérie infantile à des erreurs de diagnostic, ces cas devant être classés dans l'épilepsie, la chorée, le nervosisme qu'il définit : « névrose générale, ordinairement apyrétique, caractérisée par une association plus ou moins nombreuse de troubles fonctionnels variables, continus ou intermittents, de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des fonctions viscérales. »

Il nous souvient qu'à cette époque là l'opinion de Bouchut était bien loin d'être admise par tout le monde, et il nous est agréable de rappeler un travail publié sur ce sujet par notre excellent et regretté maître, Bonnemaison[4], qui après avoir relaté un cas d'hystérie chez l'homme, s'exprime ainsi : « Que penser de l'hystérie des femmes du peuple, plus commune que ne l'a prétendu Sydenham, de ces femmes livrées aux rudes labeurs

1. *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie*. Paris, 1833.

2. *Recherches sur la nature de l'hystérie et de l'hypocondrie*. Paris, 1832.

3. Bouchut, *Du nervosisme*. Paris, 1re édit. 1860, 2e 1877.

4. Sur un cas d'hystérie chez l'homme, par Bonnemaison, professeur adjoint de clinique médicale à l'École, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. (*Archives générales de médecine*, juin 1875).

qui émoussent la sensibilité générale et la sensibilité génitale. Que penser de l'hystérie des enfants de six à sept ans, qui ne s'expliquerait, dans la théorie, que par un contresens de physiologie pathologique? J'ai vu récemment, en effet, une femme de la campagne affectée d'une hystérie atroce, chez laquelle le sens génésique a toujours semblé nul ou presque nul. Je vois en ce moment une fillette de sept ans qui, depuis trois années, présente des signes non équivoques d'hystérie (boule, attaque de nerfs, frayeurs, pleurs faciles). J'ai vu mourir une jeune fille de de douze ans, avant la nubilité, d'anorexie hystérique. J'ai cité enfin une fillette de onze ans, hystérique endiablée, qu'on me passe l'expression, qui a présenté une série très intéressante d'accidents, aggravés par la simulation la plus adroite et la plus heureuse (voir mes essais cliniques : *paralysie simulée*)[1]. »

C'est donc aux environs de l'année 1880 que nous pouvons arrêter cette période qui aboutit à la reconnaissance du droit de cité de l'hystérie infantile dans le cadre nosologique. On ne la connaît pas encore, comme nous la connaissons aujourd'hui (quoiqu'il y ait encore bien des points à éclaircir), mais un chapitre nouveau est ouvert dans la pathologie nerveuse de l'enfance.

La deuxième période est employée à polir, pour ainsi dire, et à compléter l'œuvre de la période précédente. Elle est tout entière résumée dans le nom de Charcot et l'école de la Salpêtrière.

Et tout d'abord, on retrouve à chaque instant, dans les œuvres et les leçons de Charcot (leçons sur les maladies du système nerveux, leçons cliniques recueillies par Guinon, leçons du mardi), des cas d'hystérie infantile. Un des plus intéressants est celui rapporté dans la leçon du mardi 21 février 1888, qui est resté classique, et dans laquelle le maître a démontré la forme et l'importance des troubles psychiques dans l'hystérie infantile, et la nécessité de l'isolement dans le traitement. C'est dans cette leçon qu'a été prononcée la phrase si souvent répétée depuis : « Chez les jeunes garçons, l'hystérie, en général, ne tient pas. » C'est là aussi qu'il

1. Nous avons retrouvé cette observation citée dans la thèse de Guiraud dont nous allons parler.

est dit : « On commence sans doute à parler de l'hystérie chez les jeunes garçons, et le niveau de nos connaissances sur la pathologie infantile commence à s'élever, grâce à nos jeunes collègues. » C'est là, enfin, que sont posés ces deux principes capitaux, que les troubles psychiques persistants ne sont qu'un prolongement de la phase des hallucinations, et qu'il faut prendre cette affection pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence.

Ce que nous avons dit des travaux de Charcot nous pouvons le dire de ceux de ses élèves, qui traitent de l'hystérie en général, des inépuisables articles de Bernutz et de Grasset dans les dictionnaires. Nous aurons à faire de larges emprunts aux travaux suivants : Paul Richer, *Etude clinique sur la grande hystérie, ou hystéro-épilepsie*, 1885 ; — le même, *Paralysies et contractures hystériques*, 1892 ; — Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1889 ; — le même, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. I, 1891, t. II-III, 1895 ; — Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 2 vol., 1891 ; — P. Blocq, *Etude sur les maladies nerveuses*, 1894. — Nous ne pouvons prolonger cette nomenclature des travaux généraux ; nous compléterons, chemin faisant, nos citations.

C'est aussi à cette époque qu'il faut rattacher plusieurs monographies dignes d'attention.

Tout d'abord, il faut citer les importants travaux de Bourneville et de ses élèves, dont nous donnerons la nomenclature au chapitre de la forme convulsive, et que l'on trouve en partie dans l'iconographie et la nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

La thèse de Peugniez (Paris, juillet 1885) est inspirée par Charcot. Elle a pour titre : *De l'hystérie chez l'enfant*. On y trouve de nombreuses observations, dont cinq personnelles, la description des diverses formes de l'hystérie à cet âge, notamment le début par les troubles des facultés affectives. L'auteur insiste sur la bénignité du pronostic, lorsque le diagnostic et le traitement sont établis de bonne heure ; il signale la forme épidémique. On trouve, entre autres faits, dans sa bibliographie très complète, celui de Marmisse (*Gazette médicale de Bordeaux*, 1876), relatant un cas d'hystérie à forme de fièvre intermittente chez un garçon de quatre ans.

Peu après, provenant de la même source et ressemblant par certains points au travail précédent, paraît la thèse de Mlle Hélène Goldspiegel, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants*. Paris, octobre, 1888.

Enfin paraît, en 1888, l'importante monographie d'Arthur Clopatt, datée d'Helsingfors (J.-J. Franck et fils), mais sortie de la Salpêtrière, où elle fut préparée en 1887, et contenant, en première page, des remerciements pour Charcot, Grancher, Bourneville, Queyrat, Babinski, ainsi que pour MM. les internes Blocq et Colin.

En comptant seize observations personnelles sur lesquelles nous reviendrons plus loin, l'auteur rapporte deux cent soixante-douze cas plus ou moins résumés.

Ces deux cent soixante-douze cas, classés par ordre chronologique et par pays d'origine, montrent bien les phases de la question et le point où elle était au moment où parut cet important travail. Aussi, tout en renvoyant à la source pour des renseignements plus complets, nous reproduirons simplement le nombre de faits publiés par chaque auteur avec la date : Willis, 1660, une observation. — Hoffmann, 1740, six obs. — Macaulay, 1759, une obs. — Dufay. 1768, une obs. — Laborde, 1769, une obs. — Duvernoy, 1801, une obs. — Maisonneuve, 1803, 4 obs. — Marestant, 1805, une obs. — Delpit, 1808, une obs. — Delaporte, 1818, une obs. — Louyer-Villermay, 1818, deux obs. — Itard, 1825, une obs. — Pfendler, 1833, une obs. — Musset, une obs. — Mottard, 1836, une obs. — Kennedy, 1838, une obs. — Argenti, 1838, une obs. — Girard, 1841, deux obs. — Briquet, 1859, trente-trois obs. — Armaingaud, 1879, six obs. — Martin, 1877, une obs. — Landouzy, 1875, une obs. — Decaisne, 1877, une obs. — Marmisse, 1876, une obs. — Bourneville, Regnard, d'Olier, jusqu'en 1885, 16 obs. — Richer, 1885, quatorze obs. — Henrot, 1879, une obs. — D'Olier, 1881, deux obs. — Legrand du Saulle, 1885, cinq obs. — Peugniez, 1885, cinq obs. — Batault (th. Genève, 1885), trois obs. — Charcot, 1887, cinq obs. — Greffier, 1882, une obs. — Bouchut, 1877, une obs. — Casaubon, 1881, une obs. — J. Simon, 1880, deux obs. — Chauffard, 1886, une obs. — Guiraud, 1880, trois obs. — Pâris, 1880, huit obs. — Lœhr, quatre obs. — Muller, Steiner, Franque, Griesinger, une obs. chacun. — Smidt, quatre

obs. — Seeligmuller, trois obs. — Rosenstein, une obs. — Kobner, une obs. — Jacobi, Bohn, Furster, Mendel, une obs. chacun. — Rosenthal, trois obs. — Riegel, cinq obs. — Biedert, Demme, une obs. chacun. — Henoch, dix-neuf obs. — Shafer, deux obs. — Weiss, trois obs. — Herz, six obs. — Riesenfeld, 1887, dix-neuf obs. — Laufenauer, quatre obs. — Tuzeck, Barlow, Finlayson, Oxley, Bars, Carreau, Denau, Ingll, Gibson, une obs. chacun. — Jackson, deux obs. — West, deux obs. — Roberts, quatre obs. — Thompson, une obs. — Lange, cinq obs. — Lykke, une obs. — Langgareud, deux obs. — Faye, quatre obs.

Avant de donner ce relevé, qui indique une somme considérable de travail, Clopatt étudie les troubles psychiques, la forme convulsive, les troubles de la sensibilité, de la motilité, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

On comprend, par ce rapide aperçu, l'importance de ce travail d'environ deux cents pages, sur lequel nous aurons du reste à revenir.

La troisième période chevauche, comme nous l'avons dit, sur la précédente et lui ressemble beaucoup, de même que la précédente, comme on le verra, se confond, en certains points, avec celle-ci. Mais nous avons cru intéressant de séparer les travaux que nous allons signaler parce qu'ils envisagent l'hystérie à un point de vue un peu différent des précédents. Cela tient à ce qu'ils sont plutôt inspirés par les pœdiatres que par les neurologistes.

Ce sont surtout Grancher et J. Simon qui ont donné l'élan et ont ainsi trouvé grâce devant l'école de la Salpêtrière, qui reproche, en divers endroits, et, il faut le reconnaître, un peu avec juste raison, aux médecins d'enfants, de n'avoir pas donné d'emblée à l'hystérie infantile la place qu'elle méritait.

Puisque c'est un médecin d'enfants qui écrit ces lignes, il est obligé de reconnaître que le reproche était un peu mérité, au moins du temps de Bouchut; mais il espère qu'on voudra bien lui concéder, après la nomenclature qui va suivre, qu'il a été entendu.

En mars 1880 paraît la thèse de Pâris, inspirée par J. Simon. Elle a pour titre : *De l'hystérie chez les petites filles, considérée*

dans ses sources, ses caractères, son traitement. L'auteur dit que l'hystérie des fillettes est redoutable par sa durée ; il insiste sur ce point intéressant qu'elle peut être méconnue parce qu'elle se réduit souvent à des troubles psychiques et digestifs. Enfin, il préconise comme traitement le bromure, l'arsenic, l'éducation.

En avril 1880 paraît la thèse de Guiraud, inspirée par J. Simon. Elle a pour titre : *Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les petites filles avant la puberté.* L'auteur insiste sur les troubles psychiques et préconise le bromure et l'hydrothérapie.

On remarquera que ces deux thèses parlent de l'hystérie chez les petites filles. En décembre 1884, la question fait un pas avec la thèse de Casaubon, intitulée : *L'hystérie chez les jeunes garçons.* L'auteur prend pour point de départ une observation personnelle et s'inspire des travaux de Bourneville. Il insiste sur la bénignité du pronostic ; mais l'intérêt capital de cette thèse se résume dans cette conclusion : la grande hystérie ou hystéro-épilepsie existe chez les garçons ; elle est fréquente à treize, quatorze, dix-sept et dix-neuf ans.

En 1889 paraissent les cliniques d'Ollivier, qui mettent en vue l'urticaire et l'hémoptysie hystériques chez l'enfant, et touchent dans plusieurs leçons à l'hystérie infantile.

C'est sous l'inspiration de ce regretté clinicien que paraît, en février 1891, la thèse de Burnet qui souleva une grosse question, non complètement jugée encore. Elle traite, en effet, de l'hystérie infantile et de sa fréquence au-dessous de l'âge de cinq ans.

Cette même question est soulevée la même année devant l'Académie par Chaumier (de Tours), qui l'avait déjà traitée au Congrès de Grenoble en 1885. Ce travail fut l'objet d'un rapport d'Ollivier à l'Académie en 1892.

Nous reviendrons sur ces travaux en discutant la question de l'âge du début de l'hystérie infantile.

En janvier 1893 paraît la thèse de Bardol. Dans ce travail encore c'est un point de vue spécial qui va être étudié ; il s'agit, en effet, de l'hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant. Nous aurons à revenir sur cette thèse, mais nous recommandons la lecture de l'historique, très nettement exposé, qui la précède. Elle a pour point de départ un cas d'hystérie simulant l'hémiplégie spasmodique infantile, vu dans le service de J. Simon, suppléé par Déjerine.

Il convient, à côté de cette thèse, de citer celle de Souques, qui, bien que n'étant pas faite à un point de vue spécial, n'en renferme pas moins des aperçus et des observations que nous signalerons plus loin. Elle est de mars 1891 et fut inspirée par Charcot. Son titre est : *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière.*

A la séance du 9 mai 1894 de la Société de médecine de Nancy, P. Simon rapporte onze cas d'hystérie infantile observés à l'hôpital, comprenant dix filles et un garçon. Ils se répartissent ainsi : quatre hystéries convulsives, deux formes gastriques, une forme paralytique, quatre formes frustes caractérisées par la sensation de boule et des troubles sensitifs. Les stades d'hallucination et d'attitudes passionnelles ont complètement fait défaut et l'accès s'est réduit le plus souvent à une crise de suffocation, accompagnée de convulsions générales sans caractère particulier. Les phénomènes somatiques sont très inconstants.

A la même séance, Haushalter rapporte trois cas d'hystérie chez des fillettes : une d'elles, âgée de dix ans, a une pseudo-coxalgie et des contractures qui disparaissent par la suggestion à l'état de veille. Par le même procédé est guérie une fillette de douze ans qui avait eu, à la suite d'une discussion, un spasme de l'œsophage tel, que seules les pommes vertes et les carottes, pouvaient passer. Enfin, la troisième a eu, à deux ou trois ans, des convulsions, remplacées à douze ans par des crises d'hallucination.

A la même Société, séance du 25 avril 1894, Bernheim communique trois cas d'hystérie infantile : un garçon de treize ans, à la suite d'un traumatisme de la tête, présente des accidents convulsifs simulant aussi bien l'épilepsie que l'hystérie. Bernheim incline cependant vers ce dernier diagnostic, bien qu'il n'y ait aucun stigmate, à cause de l'impressionnabilité de l'enfant, de la facilité qu'il présente à entrer en somnambulisme et des bons résultats de la suggestion. Les deux autres cas ont trait à des fillettes de treize et onze ans, cette dernière citée dans le livre de Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie.* Bernheim insiste, en terminant, sur les bons résultats de la suggestion bien maniée chez l'enfant.

C'est encore à Nancy que paraît, en février 1894, la thèse de Fischer : *Aperçu clinique sur les principales maladies observées à*

la clinique des enfants de la Faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1892-93. Cette thèse rapporte trois cas d'hystérie infantile pris dans le service de P. Simon.

En février 1896 paraît, à Montpellier, la thèse d'Isnard sur les manifestations de l'hystérie dans l'enfance. Cette thèse, inspirée par Bosc, renferme plusieurs observations intéressantes, défend la cause de l'hystérie des très jeunes enfants, mais en protestant contre une trop grande généralisation, et donne plusieurs observations fort intéressantes. Nous relevons, parmi les indications bibliographiques, les suivantes : amaurose hystérique monoculaire chez une petite fille de dix ans; Armaignac, *Revue clinique d'oculistique*, 1807 [1]. — Baumel, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. — Dettling, *Chorée arythmique hystérique*, th., Lyon 1892. — Pansier, *Les manifestations oculaires de l'hystérie*, th., Montpellier, 1892.

En décembre 1896 est soutenue, à Paris, par J. Conturies, une thèse sur l'hystérie chez les jeunes enfants, qui relate des observations de Chaumier, l'observation personnelle d'un garçon de trois ans présentant des attaques convulsives et une monoplégie très rapidement guérie. L'auteur parle de cas nombreux d'hystérie infantile qu'il a vus dans le service de J. Simon.

Enfin, nous signalons pour mémoire une courte communication que nous fîmes à la Société de médecine de Toulouse, en février 1896, dans laquelle nous rapportions quatre observations personnelles d'hystérie infantile se répartissant ainsi : garçon, douze ans, hystérie convulsive avec arc de cercle; garçon, sept ans, boule; fille, cinq ans et demi, clou hystérique; garçon, onze ans, contracture; garçon, onze ans, attaques épileptoïdes cessant brusquement par compression du point iliaque (cette dernière observation fut relevée par notre interne, M. Bize, sous la direction de M. le professeur agrégé Rispal, qui était alors notre chef de clinique et qui voulait bien nous remplacer à ce moment)..

Pour compléter cet historique, nous devons citer les traités généraux de maladies des enfants qui consacrent un chapitre spécial à l'hystérie infantile.

1. Nous relatons plus loin un cas analogue de Terson père chez un garçon de huit ans.

En première ligne, il faut citer l'éminent clinicien allemand Henoch (*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, traduction Hendrix, Paris, 1885), qui divise ses petits hystériques, d'après sa pratique personnelle, en quatre catégories : ceux qui ont des troubles psychiques ; ceux chez qui les troubles convulsifs dominent (hoquet, spasmes vocaux, toux spasmodique), pouvant alterner avec des paralysies ; ceux qui présentent des mouvements coordonnés avec ou sans hyperesthésie ; les cas rares de cardialgie, douleurs de ventre, céphalalgie et même vomissement de sang.

Les conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants, de J. Simon (1887), contiennent des appréciations cliniques importantes et nombreuses sur l'hystérie infantile.

Les traités de Mercier (1890), de Descroizilles (1891), de Combi (1892), de Baginski (1892), de d'Espine et Picot (1894) contiennent chacun un chapitre relatif à l'hystérie infantile. Le récent traité de Goodhart (traduction Variot et Follenfant, 1895), consacre aussi à l'hystérie un court chapitre dans lequel est discutée la question des accidents de dentition, que l'auteur défend contre l'hystérie, au moins pour certains cas.

Enfin, nous savons que le traité des maladies de l'enfance, en cours de publication, doit contenir un important chapitre consacré à ce sujet.

Cet historique, quoique long, présente certainement quelques lacunes. Nous ne pouvons cependant le prolonger, car certains travaux non mentionnés ici le seront dans les chapitres suivants, ou se trouvent mentionnés dans les index bibliographiques des thèses déjà citées.

Nous nous bornerons à citer les travaux suivants, qui renferment aussi des renseignements utiles :

Féré, *La famille névropathique*, 1884.

Greffier, *Hystérie précoce* (*Archives générales de médecine*, 1881).

Toux nerveuse, coxalgie hystérique, anorexie, contractures multiples, troubles psychiques chez une jeune fille. (Grosdran de Buzançais, *Journal de clinique infantile*, septembre 1895).

De l'hystérie chez les petits garçons. (*Indépendant médical*, 15 février 1895).

Il nous reste, pour terminer ce chapitre, à rapporter les travaux publiés à l'étranger.

Nous relevons dans la thèse de Clopatt les indications suivantes : En Allemagne : Smidt, *Uber das vorkommen der hysterie bei Kindern jarhb. f. kinderheilk*, 1880, XV, p. 1. — Seeligmuller, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, p. 584. — Schafer, *Archiv f. Hinderkrankheiten*, V, 1884, p. 401. — Weiss, *Ibidem*, p. 451. — Herz, *Wiener med. Wochenschrift*, 1885, n°s 45-46. — Riesenfeld, *Uber hysterie bei Kindern dissertation. Kiel*, 1887. — Emminghaus, *Gerhardt Handbuch Krankheiten Nachtrag II Die psychischen Storüngen des Kindesalters*. Ces auteurs se sont surtout occupés de la symptomatologie.

En Angleterre et en Amérique : Jacobi, *The american journal of obstetrics and diseases of women and children*, 1876 : *On masturbation and hysteria in young children*. Dans ce travail, d'après Smidt, toutes les observations sont discutables. Oxley, Thomson, Roberts, ont aussi publié quelques observations. De même pour les auteurs scandinaves : Lange, Lykke, Langgaard, Faye, Runeberz, de Schulten. Nous renvoyons à Clopatt pour les indications complètes.

Dans la thèse de Burnet, nous trouvons les indications suivantes, que nous ne faisons que signaler, comme les précédentes : Barlow, 1881. — Brodie, 1880. — Carreau, 1881. — Dessau, 1880. — Jones, 1881. — Jugh, 1883. — Kempf, 1883-89-91. — Kobner — Laufenhauer, 1886. — Riegel, 1883. — Roberts, 1879. — Thompson, 1878. — Wilks, 1883.

Dans la thèse de Conturies, nous relevons le mémoire de Soltman, *Gerhards Handbuch der Kinderkrankheiten*, B. V. 1re partie, p. 327.

Bardol cite : Duvoisin, de Bâle, sur l'hystérie infantile (*Jarbuch f, Kind, 29 Baud*, Leipzig, 1889).

Nous croyons devoir aussi rappeler les travaux suivants qui ne sont pas rapportés dans les ouvrages ci-dessus ou qui ont été publiés postérieurement.

Petrone, *Lo spérimentale*, 1884, p. 274 ; *l'Istérismo précoce*. C'est un article de revue, relatant surtout les travaux français, particulièrement la thèse de Paris.

Jolly, Berlin, *Klin. Wochens.*, n° 34, 1892. Deux observations d'hystérie chez l'enfant (garçon et fille), ayant eu de la chorée, des attaques, des contractures.

Schibbye, *Norsk mag. f. Lagevidensk. S.* 1265 (1892) *in Jar-*

buch fur Kinderheilkunde, 1895, p. 314. Un cas d'hystérie infantile, avec localisation dans la sphère urinaire. Il s'agit d'une fille de neuf ans qui, à la suite de l'influenza, présenta les symptômes suivants : lorsqu'on la plaçait sur sa chaise de nuit, son visage se congestionnait, ses yeux devenaient brillants, et elle paraissait éprouver des sensations. Les urines ne renfermaient rien d'anormal. Elle guérit par la suggestion. Schibbye pense à l'hystérie avec masturbation.

Bull (*ibid.*), rapporte aussi deux cas d'hystérie chez l'enfant : une fille de onze ans, atteinte de somnambulisme, avec catalepsie et troubles psychiques, et un garçon de dix ans, frère de la précédente, influencé par sa sœur. Avec l'isolement, les bains froids, la suggestion à l'état de veille, certains symptômes ont disparu, mais les attaques reviennent encore.

On trouve dans *The Lancet* des 5 et 9 janvier 1895, rapportés par Lockhart Stephens et par Marshal, deux faits d'hystérie infantile. Le premier a trait à un cas mortel d'anorexie hystérique, le second, à un cas d'hystérie chez une fille de onze ans, qui aurait succombé, et à l'autopsie de laquelle on aurait trouvé des lésions corticales.

Un important travail paraît en 1895, dans *Jahrbrich für Kinderheilkunde.* Il a pour auteur Stanislans Kamienski, médecin adjoint à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Warchau, et pour titre : *Le stade de commencement de l'hystérie chez l'enfant.*

Nous ne pouvons donner ici que le court résumé de chacun des chapitres de ce travail, qui contient environ soixante pages d'un texte serré. L'auteur relate l'observation d'un garçon de dix ans qui a reçu en boisson, dès sa tendre enfance, de la bière et de l'eau-de vie. Après avoir relaté son observation et comparé son malade à d'autres enfants hystériques pour défendre son diagnostic, il donne un aperçu général de l'hystérie infantile. Voici le résumé des divers chapitres : « Rareté d'observations de l'état psychique de l'enfant malade. — Cette rareté tient à ce que les malades ne sont pas observés par les médecins dans leur vie journalière et leur entourage. — De pareilles observations auraient ici une grande valeur parce que beaucoup d'auteurs considèrent l'hystérie comme une psychose. Elles auraient l'autorité pratique pour donner la raison des causes de l'hystérie. — L'hérédité est une des principales cau-

ses. L'auteur, dans son travail, expose l'histoire d'un enfant, au physique et au moral, qu'il a eu l'occasion d'observer pendant deux ans. — Antécédents ; état présent ; état général de la santé ; le domaine du mouvement ; le domaine des sens et de la sensibilité générale ; le domaine psychique. — Analyse des perturbations physiques et psychiques chez X. Diagnostic de la maladie. Exemples de perturbations hystériques qui sont conformes chez notre individu. — Le cerveau est le siège des perturbations hystériques. Absence de fondement de la théorie de Möbius sur la conception de l'idée comme cause des phénomènes hystériques. — L'hystérie est une névrose sans fondement anatomique. On la regarde plutôt comme une névrose réflexe, et de là son nom, quoique depuis longtemps on ait reconnu que l'hystérie n'a rien de commun avec l'appareil génital. Elle présente un grand nombre de perturbations, parce qu'elle est due à la façon défectueuse de fonctionner des hauts centres nerveux, ou qu'elle est une névrose corticale. — Diverses théories. Théorie de Benedicts et d'Oppenheim sur l'équilibre du système nerveux comme cause des perturbations hystériques. Le facteur psychique qui retient le système nerveux en équilibre est la volonté. Théorie de Ribot sur la formation défectueuse de la volonté comme cause de l'hystérie. L'hystérie est une maladie du développement de la volonté. — Principes généraux de l'action psychique de la volonté chez les enfants. »

Comme on le voit, cette étude peut être divisée en deux parties : dans la première, l'auteur rapporte une longue observation d'hystérie chez un garçon, et pour défendre son diagnostic le compare à d'autres exemples d'hystérie. Nous constatons avec plaisir que les exemples sont pris dans les travaux de Charcot, Richer, Peugniez, Ollivier, Legrand du Saulle, Axenfeld et Huchard, dont les noms sont cités souvent au cours de ce travail. On y voit aussi les faits de Henoch et de Duvoisin, dont nous avons déjà parlé. La seconde partie est une discussion des diverses théories psychiques de l'hystérie infantile.

A la fin de cet important travail, l'auteur, dans un index bibliographique, en plus des noms de nos compatriotes et des ouvrages que nous avons déjà cités, donne une série d'indications (p. 387) que nous nous bornons à signaler et qui ont trait à la psychologie.

Nous devons aussi une mention spéciale à une communication sur l'hystérie chez les enfants, faite par M. Bruns (de Hanovre) au vingt-neuvième Congrès de la Société des médecins aliénistes de la Basse-Saxe et de Westphalie, le 1er mai 1895, et que l'on trouve dans les *Archives de neurologie*, 1896, n° 6, p. 488.

Voici le résumé des opinions émises dans ce travail : Fréquence, comme le dit Charcot, de l'hystérie monosymptomatique chez l'enfant. Rareté des convulsions hystéro-épileptiques. Fréquence des contractures. L'hystérie est un trouble psychique. Mœbius a dit avec raison qu'on ne rencontre dans l'hystérie que des troubles fonctionnels qui pourraient être produits volontairement et par conséquent simulés. L'auteur ne croit pas aux paralysies hystériques des pupilles, etc. ; il reconnaît cependant que certains symptômes ne cadrent pas avec la théorie de Mœbius. — Le diagnostic est souvent difficile. L'auteur a vu un cas de pseudo-méningite et de pseudo-tumeur hystériques. Il insiste sur la gravité de l'anorexie hystérique et sur l'importance des combinaisons hystéro-organiques. — Les deux sexes sont également atteints ; l'âge de la prédilection est de huit à douze ans. — Le pronostic est benin surtout relativement à la manifestation symptomatique ; la guérison de la prédisposition hystérique elle-même peut être constatée. — Le traitement consiste dans l'hydrothérapie, l'hypnose, le traitement psychique, l'isolement.

Comme dans le travail précédent, les idées de Charcot sont admises pour les faits cliniques, mais l'auteur se préoccupe du côté psychique.

A la même séance, M. Wichmann dit avoir observé dans une école une épidémie à forme convulsive.

Comme on le voit, c'est en France qu'a été surtout étudiée l'hystérie infantile, et c'est justice d'inscrire ce chapitre à l'actif de l'Ecole de la Salpêtrière et de son chef illustre et regretté Charcot.

CHAPITRE II.

Formes de l'hystérie infantile.

Les premiers auteurs qui ont parlé d'hystérie infantile ont été frappés par ce fait : les crises convulsives et autres phénomènes hystériques que l'on rencontre chez la femme adulte existent aussi bien avant l'âge de la puberté.

Une fois ce fait bien établi par l'observation, et la théorie génitale mise de côté, on a été tout naturellement amené à reconnaître et à accepter l'hystérie chez l'homme et plus tard chez l'enfant, non seulement quand elle se manifestait bruyamment, mais quand elle se cachait sous des formes incomplètes.

Ces diverses constatations et ces recherches ont abouti à la publication de faits nombreux et dont la connaissance est indispensable pour éviter de graves erreurs de diagnostic.

Nous allons étudier dans trois articles successifs les faits d'hystérie convulsive, les faits d'hystérie non convulsive, les faits d'hystérie simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance et dont la connaissance est, par conséquent, particulièrement utile aux médecins d'enfants.

Article premier. — *Faits d'hystérie infantile convulsive.*

L'existence de l'hystérie convulsive chez les enfants, filles ou garçons, est démontrée aujourd'hui. Elle se présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte. Son existence est incontestable, mais il ne faudrait pas croire que sa fréquence soit plus grande que celles des formes incomplètes.

Pour apprécier la fréquence de l'hystérie convulsive chez l'enfant, il y a deux points à établir. D'abord, faut-il classer parmi les hystériques tous les enfants atteints de convulsions? Nous ne répondrons pas pour le moment à cette question, nous étant réservé d'y revenir dans une autre partie de ce travail. En se-

cond lieu, si nous savons que la grande hystérie peut exister chez l'enfant, il ne faut pas oublier qu'elle se présente souvent, à cet âge, avec un type atténué et même fruste.

Ce dernier fait a été constaté par différents auteurs. « Chez l'enfant, dit Gilles de la Tourette, le paroxysme convulsif revêt rarement d'emblée le type complet de la grande attaque ; celle-ci va se complétant avec l'âge. Certaines des périodes qui la constituent existent seules ou prédominent à l'encontre des autres. »

Attaque convulsive. — L'attaque convulsive peut survenir chez l'enfant déjà soupçonné ou reconnu atteint d'hystérie, ou être la première manifestation de la névrose. Dans ce dernier cas, la cause sera ordinairement une violente émotion morale ou un rêve terrifiant, l'enfant n'en eût-il pas conservé le souvenir, ou encore la pratique intempestive de l'hypnotisation. Tels les faits de Leszynski[1] et de Solow[2], cités par Gilles de la Tourette.

Laissant de côté, comme nous l'avons dit, pour le moment, les convulsions dans la première enfance, nous nous bornerons à citer quelques faits, sans nous y attarder, uniquement pour démontrer l'existence bien nette de l'hystérie convulsive chez l'enfant.

Rosenstein rapporte le cas d'un enfant de neuf ans qui eut des attaques convulsives avec arc de cercle[3].

Pitres nous montre une de ses malades ayant eu une grande attaque convulsive à l'âge de dix ans[4].

P. Richer cite le cas d'un garçon de douze ans ayant une crise au moment de l'arrivée de Charcot, qui put ainsi constater l'attitude de l'arc de cercle parfait[5].

On rencontre aussi de nombreux exemples dans le travail de Clopatt.

Nous avons nous-même relaté l'observation d'un garçon de douze ans qui eut en notre présence plusieurs crises convulsi-

1. Leszynski, *Société neurologique de New-York*, 1er mars 1892. (*New-York med. journ.*, 1892, p. 414).
2. Solow, *New-York med. journ.*, 14 mars 1891, p. 300.
3. *Berl. Klin. Woch.*, n° 34, 1882, d'après Gilles de la Tourette.
4. *Leçons sur l'hystérie*, t. I, p. 214 ; 1891.
5. *Études cliniques sur la grande hystérie ou l'hystéro-épilepsie*, 1885.

ves avec attitude en arc de cercle. Il avait aussi de la polyurie et des crises de pleurs. Enfin, on constatait chez lui plusieurs zones d'hyperesthésie[1].

Mais c'est à Bourneville que nous devons l'étude la plus complète et la plus importante sur la question. Nous ne pouvons que signaler ici les nombreux et intéressants travaux dont la série, commencée il y a longues années, constitue à l'heure actuelle un nombre considérable d'observations, de faits cliniques et de déductions thérapeutiques[2].

Nous ne pensons pas devoir insister d'avange sur ces faits. Ceux que nous avons cités nous permettent de conclure que l'hystérie convulsive peut se rencontrer chez l'enfant avec son type le plus pur et le plus complet.

Mais pour que l'hystérie infantile mérite l'épithète de convulsive, il n'est pas nécessaire qu'elle revête la forme complète que nous venons de signaler et qu'il y ait perte de connaissance; il suffit que le phénomène convulsif existe, quoique limité.

Cette forme existe chez l'enfant comme chez l'adulte, et nous croyons devoir insister plus que sur les cas précédents, car nous allons voir commencer ici quelques difficultés de diagnostic.

Nous placerons dans cette catégorie les chorées, la toux spasmodique hystérique, la chorée électrique, le hoquet, le reniflement, le renaclement, le bégaiement, la pseudo-épilepsie partielle.

Il suffira, pour chacune de ces formes, de s'arrêter aux détails spéciaux à l'enfance; l'étude des faits propres à l'adulte nous entraînerait trop loin, sans profit pour le sujet qui nous occupe.

Chorées. — La chorée de Sydenham, si fréquente chez l'enfant, est-elle une proche parente de l'hystérie?

1. Société de médecine, Toulouse, 1er février 1896, p. 14 du *Bulletin de la Société*.

2. V. *Progrès médical*, 1880-82-83. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (Bourneville et Sollier), 1880. — *Id.*, Bourneville, Bonnaire et Wuillamié, 1881. — Hystéro-épilepsie chez un garçon guéri par l'hydrothérapie. Bourneville et Bonnaire. *Arch. de neur.*, t. VII, p. 87. — Trois nouvelles observations d'hystéro-épilepsie chez des jeunes garçons. Bourneville et Sollier, *Ibid.*, t. XVIII, p. 410, et suite, t. XIX, p. 98. — V. aussi hystéro-épilepsie chez un garçon. Laufenauer. *Contralblatt. f. nervienheilk.* (In *Arch. neurologie*, t. 17, p. 290.)

Déjerine se demande si la chorée de Sydenham et l'hystérie ne sont pas « les deux rameaux d'une seule et même branche morbide[1]. » Marie incline dans le même sens[2]. C'est aussi l'avis de Lannois[3], de Comby[4], de Perret et Devic[5]. Lannois relate, d'après Charcot et Debove, un fait personnel[6] dans lequel la compression de l'ovaire arrêtait les mouvements. Auché rapporte aussi des cas de chorée hystérique arythmique[7]. Nous ne pouvons que citer les observations analogues de Merklen et Chantemesse, Joffroy et Séglas, Laveran, Toché, Roque, Pierret, etc.

Il n'est pas possible d'établir une pathogénie unique pour la chorée de Sydenham, puisque sa nature infectieuse est défendue actuellement[8]; mais il est permis de conclure, par l'examen des faits, que cette affection est, dans beaucoup de cas, une manifestation de l'hystérie infantile, Très imprudent serait le médecin qui ne tiendrait pas compte de cette notion pour la thérapeutique ou tout au moins pour la surveillance de son jeune malade.

La question est plus simple lorsqu'il s'agit d'établir le trait d'union entre l'hystérie et la chorée rythmée. Ce fait est aujourd'hui démontré.

Il n'entre pas dans le cadre de notre étude de reprendre la longue et intéressante histoire des épidémies d'hystérie saltatoire et de démonopathies, que l'on trouvera, du reste, dans les remarquables travaux de P. Richer, de Pitres, de Gilles de la Tourette, etc. Ce qui a trait à l'enfance dans ce chapitre nous paraît admirablement résumé par Gilles de la Tourette, quand il dit : « Nombreuses sont encore les épidémies modernes de chorée rythmée, et si presque toutes sévissent sur des enfants ou des adolescents, dans des pensionnats ou des ateliers, c'est

1. Thèse d'agrégation, 1886. *Hérédité dans les maladies du système nerveux.*
2. De l'ovarie dans la chorée de Sydenham. *Progr. méd.*, janvier 1886.
3. Thèse d'agrégation, 1886. *Nosographie des chorées.*
4. Société médicale des hopitaux, séance du 29 mai 1891.
5. *Province médicale*, 1891.
6. Société médicale des hopitaux, séance du 10 octobre 1890.
7. *Progrès médical*, 1891.
8. V. à ce sujet Ch. Leroux, *Presse médicale*, 21 mars 1896, p. 141, et les travaux de Leredde et de Triboulet dans la *Rev. des mal. de l'enf.*, p. 189. Voyez aussi thèse Colat, Toulouse 1892, p. 11.

qu'avec les progrès de la pensée humaine, le temps n'est plus favorable aux démonopathies des adultes. »

Le même auteur ajoute plus loin : « ... elle semble plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, ou mieux chez les fillettes que les garçons, car les adolescents y sont singulièrement plus sujets que les adultes. »

Mais ce n'est pas seulement à l'état épidémique que les spasmes rythmés existent chez l'enfant. Hadden en a rapporté deux cas très nets chez deux fillettes, une âgée de neuf ans et trois mois, l'autre de un an et neuf mois. Toutes deux étaient intelligentes et présentaient des spasmes rythmés du tronc et des membres [1].

Toux spasmodique hystérique. — La toux spasmodique est très fréquemment une manifestation de l'hystérie chez les adolescents des deux sexes, mais en particulier chez les fillettes.

Il importe de la bien connaître, car elle prête souvent à des erreurs de diagnostic. Combien de fillettes, atteintes de cette désagréable affection, ont-elles été traitées pour des affections bronchiques ou laryngiennes sans résultat, au grand désespoir de leur entourage? C'est qu'en effet le rhume ou la bronchite constituent des affections si communes, que le praticien est bien plus souvent disposé à y songer qu'à penser à de l'hystérie. L'erreur est aussi bien facile lorsque la maladie simule la coqueluche, comme dans le cas cité par Hérard [2]. Nous verrons, au chapitre du diagnostic, comment on peut éviter cette erreur, d'autant plus facile que la toux spasmodique est une des manifestations fréquentes de l'hystérie monosymptomatique chez l'enfant.

Si cette manifestation est aujourd'hui bien connue, nous le devons surtout à Lasègue d'abord [3], et plus tard à Charcot [4].

1. Hadden, *Mouvements rythmiques et alternatifs chez les enfants* (*Société clinique de Londres*, 25 novembre 1892, in *Mercredi médical*, 7 décembre 1892, p. 591).

2. Hérard, Hystérie survenant à la suite d'une affection catarrhale aiguë; toux spasmodique, éternuements excessifs, spasme de la glotte, contracture des extrémités, convulsions chroniques, etc. (*Union médicale*, 12 janvier 1861).

3. Lasègue, De la toux hystérique (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

4. Charcot, Hystérie et tics; diagnostic (*Sem. méd.*, 1896, p. 363).

M. Pitres, dans ses leçons sur l'hystérie lui donne les caractères suivants : elle est constituée par la répétition monotone d'efforts expiratoires plus ou moins bruyants, à timbre rauque ou éclatant. Dans quelques cas, elle se produit à toutes les expirations ; dans d'autres, elle n'a lieu que toutes les trois ou quatre expirations. Elle est permanente ou survient par accès de plusieurs heures de durée. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration et ne coïncide avec aucune altération appréciable du parenchyme pulmonaire. Elle n'est pas quinteuse et ne détermine pas l'angoisse respiratoire, la suffocation, les menaces d'asphyxie qui s'observent si fréquemment dans la coqueluche. Elle est très tenace, cesse pendant la nuit, ou quand le malade lit, ou se distrait, ou s'étend. Elle peut guérir tout à coup et récidive facilement. Elle est surtout fréquente chez les adolescents, surtout chez les filles. Elle existe souvent sans attaque, elle peut même disparaître brusquement au moment de l'apparition d'une attaque.

Hoquet, renaclement, reniflement. — Le hoquet, le renaclement, le reniflement, sont, dit Pitres, des syndromes convulsifs rythmiques appartenant surtout à l'hystérie infantile.

Ces manifestations étant moins fréquentes et moins propres à induire en erreur que la toux, nous ne croyons devoir que les signaler.

Bégaiement. — C'est encore un fait, malheureusement pas assez connu, que le bégaiement peut être une manifestation hystérique.

Le bégaiement hystérique survient le plus souvent de bonne heure. Il peut exister sans autre manifestation hystérique ; mais son apparition à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme, sa disparition, souvent brusque et inattendue, suffisent à expliquer sa nature. C'est ainsi que Pitres, dans ses leçons sur l'hystérie, relate six observations dans lesquelles les sujets devinrent subitement bègues deux fois à la suite de convulsions, une fois à la suite d'une chute d'un étage élevé, une fois à la suite d'une chute de cheval, une fois à la suite de mauvais traitements et de terrorisation, une fois à la suite de l'action du froid prolongée pendant une nuit. L'âge auquel le symptôme apparut chez cinq de ces malades varie de cinq à neuf ans.

Chorée électrique. — Laissant de côté l'affection décrite sous ce nom, en Italie, par Dubini, nous avons coutume d'appeler, en France, chorée électrique, une affection caractérisée par des secousses qui, au lieu d'avoir la mollesse et l'arythmie de la chorée de Sydenham, sont rythmiques et brusques. Elles ont pour siège presque exclusif la tête et les membres supérieurs. Le qualificatif d'électrique leur convient très bien.

D'après Pitres, c'est à Henning[1] et à Henoch[2] que nous devons les premiers travaux sur cette affection.

Les premières observations publiées en France sont dues à Bergeron, qui les fit décrire par un de ses élèves, M. Berlan en 1880[3]. L'année suivante, Cadet de Gassicourt vit un cas analogue qu'il fit décrire par son élève, M. Guertin[4]. Ces deux thèses, qui ont surtout en vue le traitement, préconisent, la première, l'émétique à dose vomitive, la seconde, les courants interrompus.

En plus des travaux cités, Lannois[5], qui propose le nom de maladie de Bergeron, cite un mémoire de Tordeus[6] qui propose le nom d'électrolepsie, une clinique de Germain Sée, et une leçon faite en 1885 à l'hôpital des enfants malades, par Joffroy, qui proposa le nom de tic à secousse rythmique. Il convient d'y ajouter la leçon de Cadet de Gassicourt publiée en 1887[7].

Si nous rapportons ici cette affection, c'est d'abord parce qu'elle est fréquente chez l'adolescent, et en second lieu parce que, pour certains auteurs, elle n'est qu'une manifestation de l'hystérie.

Cette opinion a été surtout défendu par Janowicz[8] cité par Gilles de la Tourette et par Pitres[9] qui, après avoir examiné les

1. Hening, *Traité des maladies des enfants*, 3e édition, 1864.
2. Henoch, *Beitræge sur Kinderheilkunde* (neue folge 1868, p. 113), et *Société de méd. berlinoise*, séance du 23 novembre 1883, reproduite dans *Semaine médicale*, 6 décembre 1883.
3. Berlan, th. Paris, 1880 : *Traitement par le tartre stibié d'une chorée dite électrique* (étude clinique et thérapeutique).
4. Guertin, th. Paris 1881. D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée chorée dite électrique.
5. Thèse d'agrégation, Paris 1886.
6. Tordeus, de l'électrolepsie (*Jour. de méd. de Bruxelles*, 1883).
7. *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 268.
8. Janowicz, tic convulsif des enfants, paramyoclonus multiplex et chorée électrique, th. Paris 1891.
9. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891, t. I, p. 316.

observations publiées, reste convaincu que « la plupart des cas rapportés sont des exemples de spasmes rythmiques dépendant de l'hystérie infantile. »

Nous avons publié nous-même[1] l'observation d'un garçon de onze ans qui eut successivement une chorée électrique bien nette qui guérit par le tartre stibié, alors que d'autres traitements avaient échoué, et une chorée de Sydenham. Il présentait plusieurs zones d'anesthésie. Nous avions conclu, nous aussi, à la parenté entre la chorée électrique, la chorée de Sydenham et l'hystérie.

Pseudo-épilepsie partielle. — G. Ballet et Crespin[2] ont démontré que l'hystérie pouvait simuler l'épilepsie jacksonnienne. Notre confrère et ami, E. Noguès, a rapporté un cas très intéressant de ce genre[3] dont voici le résumé : X., garçon, treize ans. Père impressionnable, mère nerveuse. Douleur au niveau des vertèbres dorsales, diagnostiquée mal de Pott. Peu après, crises convulsives ayant tous les caractères de l'épilepsie partielle, limitée aux membres du côté gauche. Simulation des crises par le malade pour éviter d'aller au collège et se faire plaindre... grande amélioration par l'hydrothérapie et l'isolement... plus tard, troubles psychiques (colères violentes), guérison.

Bardol en cite plusieurs cas dans sa thèse.

Bien que les faits de ce genre ne soient pas très fréquents, il faut en tenir grand compte pour éviter des erreurs.

Article 2. — *Faits d'hystérie non convulsive.*

Nous allons étudier, dans cette catégorie, les petits malades présentant des manifestations hystériques autres que les attaques complètes ou les phénomènes convulsifs. Nous n'avons pas besoin de dire que ces malades peuvent très bien, à un moment donné, présenter de la grande hystérie, comme ceux que nous venons d'étudier. Si nous les présentons comme types purs, c'est

1. Bézy, *Un cas de maladie de Bergeron* (*Soc. de méd. de Toulouse* février 1892).
2. *Arch. de neur.*, 1884.
3. *Midi médical*, 3-10 décembre 1892.

d'abord que l'expérience clinique nous y autorise complètement, et aussi pour la clarté de la description.

Nous étudierons dans cet article : les paralysies, les contractures et spasmes, l'astasie-abasie, les troubles trophiques, les atrophies musculaires, les troubles digestifs et circulatoires, le mutisme, les hémorragies, la pseudo-angine de poitrine, les tremblements, les pseudo-arthrites, l'athétose, le somnambulisme, l'hypnotisme, les troubles psychiques, les hyperesthésies et anesthésies.

Il est bien entendu que, comme pour les faits déjà étudiés, nous nous bornerons à l'étude de ce qui intéresse particulièrement l'enfant.

Paralysie. — La paralysie hystérique chez l'enfant n'est pas une rareté ; nous verrons plus loin que ces paralysies peuvent s'accompagner d'atrophies musculaires, fait capital dans l'histoire du diagnostic avec la paralysie spinale infantile.

Nous n'insisterons pas sur la paralysie faciale hystérique qui existe, mais qui n'est pas très fréquente chez l'enfant. En effet, dans la thèse de Gasnier [1], une seule observation est relative à l'enfance ; elle concerne une fillette de neuf ans et demi, et est empruntée à Descroizilles et Du Pasquier. Devons-nous admettre dans la même catégorie l'observation rapportée par nous [2] d'une paralysie faciale survenue sans cause apparente, chez une enfant de treize mois, fille d'une mère très nettement hystérique ? Nous n'insisterons pas non plus sur la variabilité de sa forme et de ses localisations (P. Richer), non plus que sur son diagnostic avec le spasme glosso-labié, ces faits n'ayant rien de particulier à l'enfant.

Autrement fréquents et importants sont d'autres phénomènes paralytiques que l'hystérie peut produire chez l'enfant.

Ces paralysies sont fréquentes et on les voit surtout débuter vers l'âge de neuf à dix ans. Elles peuvent atteindre les diverses parties du corps soit régulièrement (hémiplégie, paraplégie), soit

1. Paralysie faciale hystérique, th. Paris, mars 1893. Vr sur le même sujet, Th. Decoux, Paris, juillet 1891. — Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. III, notes de la p. 45 et suiv.

2. Bézy, *Paralysie faciale chez l'enfant* (*Presse médicale*, 20 avril 1895, et Congrès de méd. int. de Lyon, 1894).

irrégulièrement. Elles marchent fréquemment de pair avec les contractures et peuvent être comme ces dernières, d'après Richer[1], la première manifestation de la névrose chez l'enfant; elles constituent même une des formes fréquentes de l'hystérie infantile monosymptomatique.

Elles s'accompagnent souvent de zones anesthésiques. Elles peuvent débuter d'emblée ou être précédées de simples phénomènes parétiques.

La forme paraplégique est fréquente; mais elle est vraie ou fausse. J. Simon[2] rapporte plusieurs cas de cette dernière forme. Le premier est un garçon de neuf ans et demi qui ne peut pas marcher; il n'a ni paralysie ni ataxie et il marche à quatre pattes; il présente de l'hyperesthésie et un battement constant des paupières. Le second est un enfant de douze ans qui ne peut se tenir debout et a une sensibilité exagérée de la peau; il est menteur et ses parents sont névropathes; il est devenu malade à la suite d'une émotion : quelqu'un, l'entendant se plaindre du genou, dit, en sa présence, qu'il resterait estropié; le même procédé de suggestion réussit à le guérir. Le troisième est un garçon de douze ans envoyé en traitement à Berck, et qui présente aussi une pseudo-coxalgie par suggestion. Il a été guéri, mais il est resté hystérique.

A.-G. Barrs[3] rapporte le cas d'un garçon de douze ans atteint d'une incontinence d'urine ayant résisté à tout traitement. Un beau jour, il présente de la paraplégie et l'incontinence d'urine disparaît; les réflexes sont normaux. Après un mois de traitement, il est complètement guéri. Cette observation est très intéressante parce qu'elle montre le remplacement de l'incontinence de nature hystérique, très probablement, par la paraplégie.

Nous n'insisterons pas sur ces faits bien connus aujourd'hui, nous réservant cependant d'y revenir aux articles suivants.

1. P. Richer, *Paralysies et contractures hystériques*, 1892.

2. J. Simon. Fausses paraplégies chez des garçons hystériques (*Bulletin médical*, décembre 1893, p. 113). — V. aussi Filatoff. Paresse des membres inférieurs et paraplégie chez les enfants (*Dietskaïa medicina.*, 1894, in *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, septembre 1896, p. 446).

3. Barrs, *Arch. de neurologie*, t. IV, p. 380, d'après *British med. journal*, 5 février 1883.

Contractures et spasmes. — Comme les paralysies, auxquelles elles sont souvent associées, les contractures constituent une forme précoce et fréquente de l'hystérie infantile. Elles sont une des manifestations fréquentes de l'hystérie monosymptomatique à cet âge.

La contracture, comme la paralysie, peut être plus ou moins étendue. Son diagnostic peut être souvent très difficile, car elle simule certaines affections, telles que l'hémiplégie spasmodique infantile, le torticolis, etc., et se présente chez des enfants n'ayant aucun stigmate hystérique. Elle est souvent précédée de parésie. C'est ce qui arriva pour une fille de douze ans, citée par P. Richer : elle tombe dans un escalier, éprouve une vive douleur à la hanche, mais peut faire immédiatement une course assez longue. Pendant deux ou trois jours elle ne peut se servir de sa jambe, puis il s'établit une contracture de la cuisse sur le tronc.

Lorsque la contracture est consécutive à un choc, il y a, d'après Richer, un rapport constant entre le point qui a reçu le choc et le siège de la contracture. Il n'y a, du reste, pas de rapport entre le moment du traumatisme et celui de la contracture. Nous trouvons, en effet, dans les leçons de Pitres les trois faits suivants : fille de dix ans, piqûre de l'index gauche par une pointe de ciseaux ; contracture douloureuse du membre supérieur correspondant, puis du masseter et du diaphragme. Exagération après une opération chirurgicale. Guérison spontanée après deux ans de traitements aussi variés qu'inutiles (Brodie)[1]. Fille de quatorze ans, contracture de l'orbiculaire à la suite d'entrée de sable dans l'œil ; elle dure quatre mois et disparaît brusquement (Lasègue)[2]. Enfant de douze ans pris d'une coxalgie hystérique à la suite d'un faux pas, guérissant subitement au bout de trois mois (Lasègue).

Comme traumatisme pouvant aboutir à la contracture hystérique chez l'enfant, il faut noter la contention par les appareils de fracture. Charcot a cité un cas de ce genre chez l'adulte. Nous en avons vu et relaté ailleurs chez un garçon de douze ans qui

1. Brodie, *Leçon sur les affections nerveuses locales*. Trad. française par Douglas-Aigre. Paris, 1880.
2. Lasègue, Hystéries périphériques (*Arch. gén. de méd.*, juin 1878).

se serait fracturé l'avant-bras dans une chute. Il fut placé dans un appareil par un rebouteur. Quand l'appareil fut retiré, nous constatâmes une hyperesthésie et une contracture de l'avant-bras, qui a presque disparu aujourd'hui, après deux ans de traitement.

Le traumatisme n'est pas la seule cause de la contracture; toute autre cause peut la produire, souvent même la cause est difficile à établir. Nous avons vu récemment une fillette de neuf à dix ans qui fut prise brusquement, en jouant du piano, d'une contracture du membre supérieur avec anesthésie. Sur nos conseils, on la retira de pension, et après quelques semaines de séjour à la campagne, elle était complètement guérie.

Les cas ne se présentent pas toujours d'une façon aussi nette, et l'on peut être porté à songer d'abord à une lésion organique du cerveau, surtout dans les cas d'hystérie monosymptomatique. Nous y reviendrons à propos du diagnostic.

A côté des contractures plus ou moins généralisées ou permanentes, il faut signaler les spasmes, souvent plus localisés et moins apparents à cause de leur situation anatomique. C'est ainsi que la boule hystérique peut exister chez l'enfant. Nous en avons relaté un cas chez un garçon de sept ans.

Comme spasmes chez les enfants, la tétanie mérite une mention spéciale. Après avoir passé en revue les faits de ce genre, notamment l'épidémie de Gentilly, Gilles de la Tourette[1] conclut : « L'hystérie revendique une grande partie des contractures dites essentielles des extrémités ou tétanie dans leurs formes les plus bénignes et les plus graves; la tétanie hystérique peut sévir de façon épidémique chez les enfants en particulier... Le plus souvent, dans ce cas, l'hystérie est monosymptomatique... »

L'épidémie de Gentilly, qui eut lieu en 1876, a eu récemment son pendant dans une école d'un petit village d'Allemagne, avec cette différence qu'il s'agit non seulement de tétanie, mais de contractures plus ou moins intenses, s'accompagnant souvent de crises convulsives. Hirt[2], de Berlin, qui relate cette épidémie, dit que la première enfant atteinte fut une fillette de dix ans. Peu à peu, trente-huit fillettes, toutes payasnnes robustes et

1. *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, t. III, p. 131.
2. Hirt. *Berl. Klin. Wochenschrift.*, 1892, p. 1,271. (Analyse in *Journal de méd. et chir. pratiques*, 10 juin 1893, p. 434).

bien portantes, fréquentant la même école, furent atteintes. Aucun des garçons qui fréquentaient cette école mixte ne présenta de symptômes analogues.

Certaines localisations de la contracture peuvent faire commettre des erreurs de diagnostic. Moizard a vu une fille de onze ans ayant une contracture partielle des muscles droits de l'abdomen, qui donnait lieu à une saillie de l'estomac et du colon transverse, simulant une tumeur abdominale[1]. Pas de vomissement ni de diarrhée; tumeur persistant depuis quatre mois à l'épigastre, volumineuse, résistante, non fluctuante, sonore. Les muscles de la paroi sont contracturés et donnent une sensation de dureté ligneuse, sauf le ventre supérieur du grand droit. A ce niveau, l'estomac et le colon transverse font saillie. Aucune gêne, bon appétit, marche facile, respiration normale, hoquet. Aucun stigmate, pas d'antécédents nerveux. A certains jours, la tension des parois intestinale et gastrique causait de la matité et aurait pu en imposer pour un kyste du foie. Les phénomènes disparaissaient sous le chloroforme. La contracture et le hoquet, malgré l'absence de stigmates, indiquaient suffisamment la nature hystérique de l'affection.

On voit, par ce qui précède, que la contracture est une des manifestations fréquentes de l'hystérie infantile. Rappelons, encore une fois, qu'elle peut être la seule.

Astasie abasie. — Cette forme de paralysie hystérique est caractérisée par la possibilité, pour le malade, de remuer les jambes quand il est couché ou assis, mais dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher. Elle est surtout fréquente dans l'enfance. Gilles de la Tourette[2] indique les âges suivants : à sept ans, Cohen[3]; à neuf ans, Brunon[4]; à dix ans, Legaard[5]; à onze ans, Thyssen[6].

1. *Journal de méd. et chir. pratiques*, 10 avril 1894, p. 284.
2. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. III, pp. 136-7.
3. Cohen, *Contrib. à l'astasie abasie.* Th., Paris, 1870. Obs. empruntée au *Siglo medico*, 26 octobre 1890.
4. Brunon. *Normandie médicale*, n° 9, 1er mai 1889.
5. Ch. Legaard, *Astasie abasie.* (*Norsk. magazin für Lægenvidensk*, t. VII, 1892, p. 145.)
6. Thyssen, *Sur l'astasie abasie.* (Congrès de Berlin, 1890. In *Arch. neur.*, 1891, pp. 58-211).

P. Richer[1] la signale comme pouvant être la première manifestation de l'hystérie dans le jeune âge.

Pitres[2], après avoir rappelé les travaux de Briquet, de Charcot et Richer, et de Paul Blocq, insiste, à son tour, sur cette impossibilité de marcher sans paralysie des membres, sur sa fréquence dans le jeune âge, et rapporte une série d'observations personnelles qui montrent bien les diverses formes de l'abasie (paralytique, choréiforme, trépidante, impossibilité de marcher, de danser, de sauter, de grimper, etc.). Ces observations se rapportent à un collégien de dix ans (forme paralytique), à un garçon de onze ans (forme sautillante sur un pied).

La guérison est la règle. Un des malades de Pitres a guéri en chemin de fer, au moment où il se rendait en traitement aux eaux. L'abasie peut cependant être remplacée par une paralysie complète.

Troubles digestifs. — Les manifestations de l'hystérie sur l'appareil digestif, si tenaces et quelquefois si graves chez l'adulte, ne sont pas fréquentes chez l'enfant.

« L'anorexie vraie, dit Gilles de la Tourette, est l'apanage des jeunes filles de douze à vingt ans. La gastralgie avec vomissement, le spasme de l'œsophage, se voient ou au moins continuent à se montrer plus tardivement. » Le même auteur ajoute que nous manquons de documents très exacts en ce qui regarde les enfants, qui peuvent cependant, dès l'âge de sept ou huit ans, être atteints de ces manifestations. Il rappelle enfin les cas de Kissel[3] (fille de onze ans, anorexie typique), et de Caryophylis[4] (garçon de treize ans, anorexie).

Pitres rapporte l'observation d'une fillette de cinq ans ayant des crises de gastralgie avec vomissement, et d'une autre qui avait eu, à trois ans, des crises de vomissements durant plu-

1. P. Richer, *Paralysies et contractures hystériques*, 1892, p. 172.

2. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, pp. 457 et suiv.

3. Kissel, Anorexie hystérique grave chez une fille de onze ans (Soc. pediat. de Moscou, séance du 7 mars 1894, in *Rev. de neurologie*, 15 oct. 1894, nº 19, p. 57).

4. Caryophylis, complexus symptomatique constitué par de l'aphagie (refus de manger), alalie (refus de parler) et astasie-abasie guéri par la suggestion forcée. (*Progrès médical*, nº 40, 1er octobre 1892, p. 241.)

sieurs jours, pendant lesquelles elle ne pouvait rien garder ; elle eut de l'hystérie convulsive à quatorze ans. Notre ami E. Noguès a rapporté l'histoire d'une fillette de quatorze ans, atteinte de vomissements ayant amené un état de maigreur très grave, qu'il réussit à guérir par suggestion [1].

Dans le cas de Rosenstein, que nous avons cité plus haut, un enfant de neuf ans avait des vomissements fécaloïdes qui faisaient croire à un iléus.

Enfin, nous croyons devoir rapprocher de ces cas ceux récemment rapportés à la Société médicale des hôpitaux (séances des 19-26 mars 1897), dans lesquels l'hystérie a simulé l'appendicite.

Troubles trophiques, atrophies musculaires. — Bien que les atrophies musculaires fassent partie des troubles trophiques, nous les soulignons spécialement parce qu'elles jouent un rôle capital dans le diagnostic de certaines affections, par exemple dans la pseudo-coxalgie. Si l'atrophie musculaire hystérique n'existait pas, sa présence serait un signe pathognomonique de la coxalgie vraie ; malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les travaux qui démontrent l'existence de l'atrophie musculaire hystérique. Nous nous bornerons à signaler le cas rapporté par Chauffard à la Société médicale des hôpitaux (14 mai 1886) et qui a trait à un malade de treize ans atteint de monoplégie brachiale avec atrophie musculaire, qui dura trois ans et se termina par la guérison. Ce fait, ainsi que la bibliographie complète, sont relatés dans l'ouvrage de Gilles de la Tourette (t. II, p. 504-5). L'observation 15 de la monographie de Clopatt parle d'une fille de onze ans ayant de l'hémiparésie droite avec atrophie musculaire.

Il est bon de noter aussi que l'atrophie peut accompagner la contracture [2], car nous aurons à y revenir en traitant du diagnostic de certaines maladies infantiles s'accompagnant de contractures.

Nous ne ferons pas une étude approfondie des lésions trophiques de la peau, qui n'ont rien de spécial à l'enfant, nous bor-

1. E. Noguès, Un cas d'hystérie gastrique (*Annales de la Polyclinique de Toulouse*, 7 novembre 1890).
2. Pitres, *Leçons sur l'hystérie*, t. I, p. 394.

nant à dire que ces troubles ne sont pas fréquents à cet âge ; ils sont constitués par l'urticaire, l'œdème, les gangrènes.

Ollivier et Burnet citent des observations d'urticaire nerveuse.

Après en avoir rapporté plusieurs cas chez des enfants d'âges divers, dont certains très nettement hystériques, Ollivier conclut : « L'urticaire nerveuse des enfants a la même forme que celle des adultes; elle est parfois plus rebelle lorsqu'elle est chronique, voilà tout. Pour la traiter, rappelez-vous d'où elle vient: rappelez-vous que l'hystérie en constitue le substratum et agissez en conséquence[1]. »

Le Dr Gevaert[2] (de Bruxelles) rapporte le cas d'une fille de trois ans, nerveuse, issue de parents nerveux. Chez cette enfant survient tous les jours, dans la région du cou, une tumeur indolente, mate, qui disparaît après deux ou trois heures. L'auteur dit que cette tumeur, de nature angio-névrotique, constitue une manifestation assez rare de l'hystérie infantile. Il rappelle un cas analogue cité par Henoch : il s'agit d'une fille de quatre ans qui, dans l'espace de trois mois, présenta trois ou quatre fois du gonflement œdémateux du dos et des pieds, et même des narines et du visage. Il y avait malaise général, mauvaise humeur, vomissements.

L'affection, ajoute l'auteur, qui a le plus de rapport avec l'œdème angio-neurotique est l'urticirae chronique qui donne lieu souvent à l'œdème des extrémités et de la face. Cette dermatose a une origine nerveuse trophique et un caractère fugace et fantaisiste, absolument comparable à celui de l'œdème aigu. Comme ce dernier, elle affectionne les sujets à hérédité nerveuse bien caractérisée et sert, chez l'enfant, de précurseur aux manifestations subséquentes que le nervosisme réserve, à l'âge adulte, à ceux qu'il a touchés.

La gangrène peut elle-même se produire chez l'enfant, puisque Sangster a relaté au Congrès de Londres, en 1881, le cas d'une jeune fille de treize ans qui présentait une série de plaques gangréneuses sur divers points du membre supérieur.

Hémorragies. — Les hémorragies ne sont qu'une manifestation rare de l'hystérie infantile. Gilles de la Tourette n'en rap-

1. Ollivier, *Leç. clin. sur les maladies des enfants*, 1889, p. 225.
2. *Journal de méd. et chir. prat.*, 10 juillet 1895, p. 512.

porte que deux cas : un d'hémoptysie, chez une fille de quatorze ans, d'après Huchard, et un d'hématurie, chez une fille de onze ans, d'après Pinel. — Ollivier[1] a cité des cas d'hémoptysie, en insistant sur les difficultés qui peuvent se présenter lorsque la consistance de la toux spasmodique peut faire penser à la tuberculose pulmonaire.

Pseudo-angine de poitrine. — La pseudo-angine de poitrine est une manifestation surtout de l'hystérie adulte ; cependant on en signale quelques cas chez des enfants de six ans.

Mutisme. — Le mutisme n'est pas, non plus, une des formes fréquentes de l'hystérie infantile. M. Natier, qui en a relevé soixante et onze cas dans le service de M. le professeur Pitres, n'en signale qu'un cas chez un garçon de cinq ans et un chez une fillette de six ans[2].

Nissim en rapporte un cas chez un garçon de cinq ans, d'après Dubois, et un chez une fille de six ans, d'après Demme[3]. Doller[4] en cite un cas, précédé de vertige, chez un enfant qui avait reçu des blessures. Il guérit par suggestion. Bardol en donne plusieurs observations dans sa thèse sur laquelle nous reviendrons au chapitre pseudo-méningite. Fradis en rapporte un cas guéri par suggestion[5].

Comme l'adulte, l'enfant atteint de mutisme hystérique est surtout aphone, et son intelligence est entièrement nette. Ce double caractère était très net chez une fillette de dix à onze ans qui séjourna quelque temps, il y a plusieurs années, dans notre service de clinique infantile.

Le mutisme peut s'accompagner d'autres troubles de la parole, tel un cas signalé par Ringier[6] chez une fille de douze ans qui eut, en même temps, de la paraphasie, de l'agraphie et de l'alexie.

1. *Leç. clin. sur les maladies des enfants*, 1889, p. 203.
2. Natier, Contribution à l'étude du mutisme hystérique (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1888).
3. *Gazette des hôpitaux*, 12 avril 1895.
4. Brain, 1893, in *Arch. neur.*, t. XXIX, p. 126.
5. *Journal de clin. et thérap. infantiles*, 9 juillet 1896, p. 576. D'ap. *Dietskopes medizina*, nº 3, 1896.
6. Ringier, *Corr. Blatt. fur schw. Arzte*, 1894.

Troubles circulatoires. — Nous n'insisterons pas sur les palpitations, les alternatives de rougeur et de pâleur, les formes syncopales de l'attaque. Il est un seul fait sur lequel nous devons appeler l'attention : n'y aurait-il pas lieu de faire rentrer dans le domaine de l'hystérie certains cas d'intermittences cardiaques, que ces intermittences affectent la forme franchement asystolique de faux pas très rapprochés, ou de séries de pulsations rapides suivies de séries de pulsations lentes? Quelques petits malades, en particulier des petits garçons, que nous avons vus sans pouvoir les suivre d'une façon complète, font que nous jugeons utile de poser cette question sans avoir la prétention de la résoudre.

Tremblements. — Le tremblement hystérique existe, quoique rare, chez l'enfant. Pierret (de Lyon)[1] en rapporte un cas chez une fille de onze ans, survenu après une vive frayeur. Cette enfant présentait des zones hystérogènes, de l'ovarie, du rétrécissement du champ visuel. Ce tremblement siège aux membres supérieurs et un peu aux membres inférieurs, est exagéré par les mouvements intentionnels. Il cède à deux mois de traitement. — Baumel[2] en a aussi rapporté un cas qu'il attribue à l'hystéro-traumatisme chez une fille de treize ans.

Pseudo-arthrites. — Le Marinel[3] a publié trois cas de pseudo-arthrites rhumatismales, survenues dans une pension de jeunes filles, et qu'il attribue à l'hystérie. La première malade, hystérique, fut prise sous l'influence d'une impression morale; les deux autres parurent prises par contagion. L'épidémie s'arrêta par la menace de renvoyer toutes les élèves qui deviendraient malades. — Des cas d'arthralgies hystériques à six et onze ans ont été signalés par Joffroy et Lannelongue (G. de la Tourette).

Athétose. — Iasenski (de Varsovie) a rapporté le cas d'un gar-

1. *Lyon médical* et *Journal de méd. et chir. prat.*, 10 sept. 1891, p. 669.

2. Congrès de gynéc. d'obstét. et de pædiatrie de Bordeaux, section de pædiatrie, 1895, p. 859 du compte rendu.

3. *Journal de méd. et chir. prat.*, 10 juillet 1895, p. 510. D'après *Journal médical*, Bruxelles, nº 27.

çon de treize ans qui, effrayé par un rêve, présenta de l'athétose et de la paralysie glosso-labiale d'origine hystérique[1].

Anesthésies, hyperesthésies. — Elles n'ont rien de spécial chez l'enfant. Nous aurons occasion, chemin faisant, de signaler les plus importantes, telles que les hyperesthésies du cuir chevelu dans la pseudo-méningite, de la hanche dans la pseudo-coxalgie, du clou hystérique, etc.

Troubles psychiques. — On trouvera, très étudiés, les troubles psychiques dans l'ouvrage de Clopatt et la thèse de Burnet. Aussi les résumerons-nous simplement, renvoyant à ces auteurs pour une description plus complète.

Les petits hystériques sont précoces; ils apprennent vite, surtout les arts d'agrément, et ne retiennent pas; ils sont contents d'être admirés, ne peuvent soutenir leur attention, ont des crises de tristesse d'autant plus longue qu'on veut plus les calmer. Ils ont, pour leurs parents ou pour des étrangers, des affections aussi vives que changeantes.

Ils sont très impressionnables, jaloux; un rêve suffit pour provoquer des explosions violentes. Ils passent vite, et presque sans motif, de la joie à la colère. Ils sont remuants et en même temps indécis et bizarres. Ils ont l'air vif et intelligent. Les petits garçons ont souvent du goût pour les jeux de poupée et autres amusements des fillettes.

Exceptionnellement, on peut rencontrer des petits hystériques apathiques (Clopatt).

Il est bien entendu que beaucoup d'enfants peuvent présenter, plus ou moins, ces petits défauts de caractère; mais l'œil exercé du médecin ne se laissera que difficilement tromper, surtout si l'enfant présente d'autres signes et si son hérédité est chargée.

Les faits que nous venons d'indiquer sont assez connus aujourd'hui pour que nous n'y insistions pas, mais il est deux points que nous croyons devoir souligner : le mensonge et les formes délirantes.

Le mensonge chez l'enfant hystérique est un fait admis; il ne faut pas croire que tout hystérique soit un menteur et un simulateur, mais il existe un type bien net d'enfant menteur hys-

1. *Journal de clin. et thérap. infantiles*, 23 avril 1896.

térique. Les travaux de Motet[1], de Bourdin[2], de Dufestel[3] de Rassier[4], élève de M. le professeur Lacassagne, de Legrand du Saulle[5], ne laissent aucun doute à cet égard. Le mensonge peut être commis par l'enfant sous diverses influences, mais le petit hystérique est facilement simulateur et menteur. Nous en avons rapporté un cas très net chez une fille de dix ans atteinte en même temps de pseudo-coxalgie[6].

En dehors de la tendance au mensonge et à la simulation, le petit hystérique peut être amené à mentir par auto-suggestion, par suggestion provoquée à l'état de veille ou pendant l'hypnose. On comprend de quelle importance est la connaissance de ces faits au sujet de la valeur du témoignage de l'enfant en justice, témoignage qui ne devra jamais être accepté par le magistrat qu'avec une grande réserve, surtout si le médecin a des raisons de soupçonner l'hystérie.

Comme type de menteur par auto-suggestion, Motet cite le cas d'un enfant qui accuse de l'avoir jeté à l'eau un certain C..., qui l'a beaucoup étonné parce qu'il parle dans un musée, au milieu de figures de cire. Sa mère, marchande de journaux, lui frappe l'imagination par la lecture de faits divers. Il pisse au lit et a des cauchemars.

Les menteurs hystériques par suggestion provoquée peuvent être suggestionnés pendant l'hypnose provoquée et dans un but criminel. Ces faits, dit Gilles de la Tourette, sont rares, car ils tombent sous le coup de la loi. Mais il est un autre genre de suggestion provoquée à l'état de veille, facile à produire involontairement chez le petit hystérique ; nous voulons parler de ces enfants énervés et effrayés par une série d'interrogatoires dirigés par des magistrats, qui finissent, sans le vouloir, par dicter eux-mêmes les réponses. Tel celui dont Motet relate l'histoire,

1. *Annales d'hyg. publique et de méd. légale*, t. XVII, p. 486-493, 494, 495.

2. *Annales médico-psychologiques*, 6e série, t. IX, 1883, p. 134.

3. Dufestel, *Malad. simulées chez l'enfant.* Thèse Paris, 5 janvier 1888.

4. Rassier, *De la valeur du témoignage des enfants en justice.* Thèse, Lyon, 29 juillet 1892.

5. *Annales médico-psychologiques*, 6e série, t. IX, 1883, p. 378.

6. Bézy, *Un cas de pseudo-coxalgie chez un enfant menteur* (*Société de médecine de Toulouse*, 1er février 1893).

qui, rudoyé par un magistrat, finit par dire que son père avait assassiné une jeune fille. Tel celui dont parle Lasègue qui, répondant oui à toutes les questions, dit qu'il a été victime d'un individu, dont l'alibi est facilement démontré. Telle enfin, la fillette dont nous avons déjà parlé, qui accuse d'attentats à la pudeur, avec forces détails, un individu qui est facilement disculpé.

Ces faits s'expliquent bien par l'impressionnabilité et la suggestibilité qui constituent le fond du caractère de l'enfant hystérique, bien connues et signalées par tous les auteurs, depuis Briquet.

Les formes délirantes que nous allons étudier maintenant ont aussi une grande importance à cause de leur fréquence et de leur prééminence sur d'autres symptômes dans beaucoup de cas.

Elles peuvent être plus ou moins intenses et se présenter soit avant l'attaque dont elles constituent les signes précurseurs, soit pendant l'attaque dont elles peuvent remplacer ou prolonger une des phases.

Les troubles psychiques précurseurs de l'attaque ont, pour Gilles de la Tourette, une importance capitale en hystérie infantile. Chez l'enfant, en effet, l'attaque avorte souvent, et alors les troubles psychiques, avant et après l'attaque, constituent un état spécial sur lequel Charcot[1] et son école ont longuement insisté.

Il faut donc admettre qu'il existe chez le jeune hystérique une forme délirante pure, qui n'est spéciale qu'au point de vue de l'évolution clinique, mais qui a sa place très nettement marquée dans l'histoire de la névrose.

Cette forme peut consister en une irritabilité ou un abattement prononcés, dans l'exagération de tel ou tel trouble psychique habituel, ou enfin dans des faits beaucoup plus graves qui constituent ce qu'on peut appeler la folie hystérique. Des faits cliniques expliqueront mieux qu'une description.

Legrand du Saulle rapporte le fait d'une jeune fille de onze ans qui, prise d'excitation maniaque, voulant aller se battre sur

1. Charcot, *Leç. sur les mal. du syst. nerveux*, t. III, p. 227. — *Clinique des maladies du syst. nerveux*, t. 2, p. 76-77. Leçon recueillie par G. Guinon.

la barricade avec les soldats, se plaignit qu'on voulait l'assassiner, et prit un jour un couteau pour frapper sa grand'mère.

Clopatt relate les faits suivants que nous ne pouvons que résumer : Garçon douze ans. Père et grand-père alcooliques. Mère, convulsions dans l'enfance. Peur, suivie d'une attaque d'hystérie. Deux tentatives de suicide, guérison (rédigée d'après les notes de Bourneville). — Raymond[1] parle d'un enfant qui, pendant la phase hallucinatoire de l'attaque, anormalement prolongée, mordait et frappait autour de lui.

On comprend l'importance de ces faits et surtout de celui que cette forme délirante peut être la seule manifestation, au moins bien apparente, de l'hystérie infantile. Les convulsions, plus ou moins larvées, prendront une importance capitale, par exemple lorsqu'il s'agira d'établir la responsabilité d'un enfant ayant commis un acte délictueux. Grancher[2] insiste sur ce fait que chez certains petits hystériques avec impulsion, les facultés affectives sont surtout atteintes, tandis que l'intelligence reste saine dans l'intervalle des crises, ce qui fait que ces enfants doivent être considérés comme responsables des actes de violence qu'ils commettent, surtout contre leurs parents, en dehors des attaques. On comprend combien il est important, dans ces cas, de savoir si l'enfant n'était pas, au moment où il a commis l'acte répréhensible, en période d'attaque. Les faits que nous venons de signaler ne doivent pas être perdus de vue, non plus que ceux de somnambulisme, dont nous allons nous occuper bientôt, et qui ont plus d'un point commun avec ceux que nous venons d'étudier.

Nous devons signaler aussi des cas mixtes dans lesquels les enfants hystériques commettent des faits non délictueux, mais incohérents, tels que essayer de grimper sur le bras du médecin se croyant au gymnase[3]. Il faut ranger dans cette même catégorie le cas cité par Savage[4], d'un garçon de onze ans, qui troublé par l'enterrement de sa sœur, jette, depuis lors, ses matières

1. *Journal de méd. et chir. prat.*, 10 juin 1895, p. 408.
2. *Ibid.*, 10 mai 1891, p. 336.
3. Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 199. Voir aussi, Moreau (de Tours), *La folie chez l'enfant*, 1888, p. 352 et suiv.
4. *The Journal of mental science*, juillet 1885 (in *Arch. de neurologie*, t. XVI, p. 435).

fécales par la fenêtre et refuse de manger à table, mais mange en cachette. Il a des crises douloureuses au vertex. On le traite par les douches, la gymnastique, la natation, et on obtient une grande amélioration.

Lorsque les troubles psychiques se manifestent seuls, le diagnostic peut être excessivement difficile. Souvent ces troubles marchent de pair avec d'autres phénomènes hystériques, qui éclaircissent le diagnostic pour un médecin habitué, mais qui peuvent aussi, si on n'y prend garde, continuer à augmenter l'erreur. Nous ne saurions mieux nous expliquer qu'en résumant l'observation suivante de P. Blocq[1], en regrettant de ne pouvoir reproduire en entier cet excellent article qui montre bien l'état de la question. — W....., quatorze ans. Grand-père migraineux; grand'mère morte d'apoplexie (?); père migraineux et tic facial; du côté maternel : grand-père paraplégique et ayant eu de l'incohérence des idées; grand'tante ayant eu des crises de convulsions avec délire et cris, s'arrêtant par compression du ventre (hystérie); mère chlorotique et nerveuse.

Une sœur somnambule.

Scarlatine à six ans. Il y a deux ans et demi, fièvre typhoïde. Ne s'est jamais bien relevé depuis. Rentré au collège, il est bientôt pris de maux de têtes violents et persistants, qui cèdent un peu à un traitement surtout hygiénique.

Il y a huit mois, en promenade, douleur subite du genou et gêne pour rentrer à la maison. Douleurs dans les lombes.

Quatre ou cinq mois après, envoi à Berk et pointes de feu; au retour, paraplégie complète et contracture de la jambe gauche. Amélioration par les lotions. Réapparition de la paraplégie avec embarras de la parole.

Etat actuel : trémulation des mâchoires gênant la parole, membres supérieurs sains, membres inférieurs atrophiés et en extension forcée. Si on touche certaines zones, elles se détendent brusquement, comme si le malade donnait un coup de pied; si on met le malade debout, trépidation intense. Hyperesthésie générale.

1. P. Blocq, *Hystérie maniaque chez l'enfant* (in *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique*, 28 novembre 1889, p. 768, Communication à la Société médico-pratique, séance du 11 novembre 1889).

Trois mois après, crise avec aura céphalique, arc de cercle, délire (le malade interpelle des êtres imaginaires).

Un mois après, amélioration brusque qui dure environ quinze jours, puis, délire et inconscience : l'enfant ne reconnaît plus ses parents, ni personne. Accès de fureur, où il cherche à étrangler sa gardienne. Bavardage constant et incohérent. Actes absurdes (veut boire son urine) pendant douze jours. Puis, deux attaques, mais trouble dans les idées et tentative de suicide. Quinze jours environ après, guérison. L'enfant ne se souvient de rien de ce qui s'est passé.

P. Blocq, fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Dès le début, les attaques ont emprunté ce caractère particulier que l'élément psychique l'emportait sur l'élément moteur. Du reste, l'accès véritablement maniaque qui est survenu ultérieurement ne semble guère avoir été qu'une attaque prolongée. C'est du moins de cette façon que j'interpréterais cet épisode. Si l'on admet que l'attaque hystérique offre une sorte de synthèse des symptômes de la névrose, l'hystérie maniaque, selon cette conception, représenterait l'une des phases dissociées de l'attaque, la période des attitudes passionnelles (d'après la nomenclature classique de M. Charcot), isolée à l'état de simplicité, et anormalement prolongée. »

Recherchant la cause de la fréquence de cette forme chez l'enfant, le même auteur ajoute : « Chez l'enfant du premier âge, les régions corticales sont à peine ébauchées, et par suite l'action inhibitoire de l'écorce sur la moelle est réduite à son minimum ; aussi, à cette période, l'enfant réagit-il à toute occasion par des convulsions. Au contraire, chez l'adolescent de treize à quinze ans, l'activité psychique est en pleine évolution, et c'est à cela qu'incombe sans doute la part prépondérante que prend l'élément idéal dans la perturbation produite par la névrose. »

Pour résumer en quelques mots cet article, nous dirons : l'enfant hystérique a un caractère spécial. Les divers troubles psychiques qu'il présente peuvent se manifester sous la forme délirante. Cette forme délirante est une des plus fréquentes chez l'enfant. Par conséquent, chaque fois que le médecin constatera du délire plus ou moins aigu chez l'enfant, en dehors des causes normales et habituelles, les maladies infectieuses, par exemple, il devra penser à l'hystérie.

Hypnotisme, Somnambulisme, Attaques de sommeil. — L'attaque de sommeil donnant lieu à la léthargie, à la mort apparente, est rare chez l'enfant, aussi n'y insisterons-nous pas. Elle constitue une forme grave de l'hystérie, Diller[1] en a cité un cas. Un malade de Pitres eut une première attaque de sommeil à treize ans, pendant laquelle son médius fut emporté sans qu'il s'en aperçût.

Mais à côté de l'attaque de sommeil il faut placer les faits de somnambulisme, très fréquents chez l'enfant.

On a beaucoup écrit sur ce sujet, sur lequel les gens du monde ont la prétention de posséder des connaissances précises. Sans vouloir traiter à fond cette importante question, nous nous bornerons à la ramener à sa plus simple expression, ce qui a été du reste admirablement fait par l'École de la Salpêtrière. Gilles de la Tourette et Pitres ont exposé les faits, aujourd'hui connus, avec une précision mathématique, de telle façon que tout peut se résumer dans les formules suivantes : L'hypnose provoquée est de même nature que l'hypnose spontanée. L'attaque de sommeil n'est qu'un équivalent clinique de l'attaque d'hystérie. L'hystérique peut, au lieu d'une crise convulsive classique, avoir une crise de sommeil. Cette crise de sommeil peut affecter la forme de noctambulisme, de vigilambulisme, d'automatisme ambulatoire. On peut produire artificiellement ces divers états chez les hystériques.

Ces formules générales s'appliquent aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte. Nous n'aurons garde de nous laisser entraîner dans la discussion de cette intéressante question, et nous nous bornerons à signaler ce qui est particulier aux enfants.

Et tout d'abord un fait sur lequel tout le monde est d'accord depuis longtemps, c'est que le somnambulisme, que nous appelons aujourd'hui noctambulisme, et sur les caractères duquel nous n'avons pas à insister, est très fréquent dans l'enfance. Il suffit de lire un auteur traitant de la question pour voir que ce fait est admis sans conteste.

La forme la plus fréquente chez l'enfant est le somnambulisme

1. Th. Diller, *A case of hysteria in a boy... Brain*, t. XV, 1893, p. 556 (Enfant mulâtre, huit jours d'état de mal; retour du paroxysme au bout de quatorze jours), cité par Gilles de la Tourette.

naturel. Nous savons en effet, que Charcot a divisé les somnambulismes de la façon suivante :

					Variétés :
Somnambulisme.	Physiologique				S. naturel.
	Pathologique.	Épileptique		Petit automatisme	S. épileptique.
				Grand automatisme	
		Hystérique	Spontané	Crise pass. prolongée	S. hystérique.
				« « isolée	
				« « transformée	
			Provoqué		S. hypnotique.

Voyons, d'après ce tableau, quels sont les points qui intéressent particulièrement l'enfant.

Tout d'abord, nous laisserons de côté le somnambulisme épileptique, nous réservant d'y revenir au chapitre du diagnostic.

Il nous reste donc à étudier le somnambulisme naturel, le somnambulisme hystérique et le somnambulisme hypnotique.

Est-il bien nécessaire de distinguer le somnambulisme naturel du somnambulisme hystérique?

Le somnambulisme, dit Gilles de la Tourette (*loc. cit.*, t. II, p. 300), est une forme larvée de l'hystérie chez l'enfant.

Voici, d'autre part, ce que dit Paul Blocq[1] : « Au sujet de la nature de cet état, on ne peut faire que des hypothèses. Gilles de la Tourette, se basant sur un certain nombre d'observations dans lesquelles des hystériques adultes confirmés auraient présenté dans leur enfance des accès de somnambulisme, pense que ce dernier état se rapproche à ce point de l'hystérie qu'il est assimilable à une sorte d'hystérie larvée... Il est juste d'ajouter que beaucoup de sujets, ayant été somnambules dans leur jeunesse, n'offrent plus ultérieurement le moindre accident nerveux d'ordre hystérique. Cette considération ne permettrait d'accepter l'hypothèse de notre collègue qu'avec réserve, si on ne savait la bénignité de l'hystérie infantile. Ajoutons que des observations récentes ayant établi que l'hystérie avait pu débuter par des accès de somnambulisme nocturne typique, qui ultérieurement se reproduisaient à la suite d'attaques véritables, cette hypothèse a pris corps, et la *nature hystérique* du somnam-

1. P. Blocq, *Études sur les maladies nerveuses*, 1894, p. 94.

bulisme dit naturel a paru à M. Charcot suffisamment établie pour qu'il défendit cette manière de voir dans une de ses dernières leçons. »

Il résulte de ceci que le somnambule enfant, ayant du somnambulisme naturel et ne présentant aucun phénomène hystérique, n'en est pas moins un hystérique, ou, si l'on veut, un hystérique larvé.

En quoi donc diffère-t-il du somnambule hystérique franc?

C'est que ce dernier présentera soit des stigmates hystériques, soit surtout un somnambulisme remplaçant la phase passionnelle de l'attaque et précédé, par conséquent, d'une phase convulsive plus ou moins accentuée. Or, comme le fait très justement observer P. Blocq, combien cette phase convulsive peut facilement échapper, l'accès survenant le plus souvent pendant la nuit, en dehors de toute surveillance médicale.

Nous pouvons donc répondre maintenant : le somnambulisme naturel chez l'enfant est un signe révélateur de l'hystérie, la névrose pouvant s'en tenir là ou évoluer plus tard. Le somnambulisme hystérique évolue sur le même terrain, mais la nature du terrain s'est manifestée par d'autres signes.

Comme nous l'avons dit, nous ne croyons pas avoir à nous lancer dans l'étude approfondie de chacune des formes relatées au tableau ci-dessus, et nous nous bornerons à quelques courtes considérations sur chacune d'elles au point de vue de leurs manifestations extérieures, rappelant qu'on les rencontre très souvent, surtout chez les jeunes filles.

Le somnambulisme naturel se manifeste par des phénomènes connus et que nous rappelons en quelques mots : le sujet, après s'être couché et avoir dormi, se lève, se livre à des actes divers, revient au lit et n'a aucun souvenir, au réveil, de ce qu'il a fait; mais il se souvient, dans un autre accès, de ce qu'il a fait dans le premier. Souvent, l'enfant s'occupera de ses devoirs ou de ses leçons. P. Blocq cite l'histoire d'une jeune pensionnaire qui reproduisait, dans son noctambulisme, la scène de la confession, acte religieux auquel elle s'était livrée la veille et qui l'impressionnait vivement,

Le somnambulisme hystérique différera par ses manifestations extérieures du précédent, en ce sens qu'on trouvera des signes de l'hystérie qui seront presque toujours les phénomènes mo-

teurs de l'attaque, dans laquelle le somnambulisme remplacera la phase des attitudes passionnelles.

Il est très important de noter que cette phase convulsive peut être très courte, C'est ainsi qu'un garçon de douze ans. cité par Guinon[1], entrait dans son somnambulisme après une courte période convulsive. Il est important aussi de savoir que l'accès de somnambulisme peut se prolonger plus ou moins longtemps et imprimer à la maladie un cachet tout à fait spécial. Supposons, en effet, un jeune malade ayant une crise convulsive très courte et presque larvée, suivie d'un état de somnambulisme durant plusieurs semaines, après quoi le sujet rentrera dans son état normal pendant plusieurs mois, nous aurons un somnambule hystérique très net. Mais si l'état de somnambulisme persiste, au contraire, plus longtemps que l'état normal, il y aura un de ces dédoublements de la personnalité qui fera que le sujet aura deux existences. M. Azam a désigné ces deux existences sous les noms d'état prime et d'état second, et en a donné un exemple frappant dans l'histoire reproduite partout de Félida X..., qui eut ses premières manifestations hystériques à l'âge de treize ans.

Pendant le somnambulisme, qu'il soit sous forme de noctambulisme ou de vigilambulisme, l'enfant peut présenter de l'automatisme ambulatoire hystérique, c'est-à-dire se livrer à une promenade ou un voyage plus ou moins long, sans en avoir conscience. C'est ainsi qu'un malade, dont Pitres a relaté l'histoire, fit sa première fugue à douze ans[2].

L'enfant peut-il, en état de somnambulisme hystérique, commettre un crime? Cela nous paraît difficile si nous nous en rapportons à l'étude faite par Gilles de la Tourette[3], qui dit cependant que, dans cet état, le malade peut être suggestionné. Mais il serait possible de suggérer un faux témoignage en justice. Nous avons, du reste, déjà parlé du mensonge chez l'enfant hystérique.

Nous n'insisterons pas sur le somnambulisme provoqué chez l'enfant. Nous avons vu que l'hypnotisme pouvait être un agent provocateur, et nous aurons à y revenir au sujet du traitement.

1. *Clin. des malad. du système nerveux*, t. II, p. 80.
2. Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, p. 269.
3. *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1889.

Article 5. — *Faits d'hystérie simulant des affections plus ou moins spéciales à l'enfance.*

Si nous faisons un article spécial de ces formes, ce n'est pas qu'elles diffèrent des précédentes par leur nature, mais c'est parce que leur groupement rendra leur étude plus facile au médecin d'enfants. Celui-ci ne doit pas ignorer, en effet, que certaines affections de l'enfance peuvent être simulées par l'hystérie.

Nous classerons dans cette catégorie : la pseudo-coxalgie, le pseudo-mal de Pott, la pseudo-méningite et d'autres affections cérébrales, les pseudo-coliques abdominales, la pseudo-hémiplégie spasmodique infantile, les scolioses, l'incontinence d'urine, les terreurs nocturnes, la pseudo-paralysie infantile, le pseudo-tabes spasmodique.

Pseudo-coxalgie. — La pseudo-coxalgie n'est pas absolument spéciale à l'enfance, mais la coxalgie est surtout une maladie de l'adolescent; aussi pensons-nous devoir décrire ici la pseudo-coxalgie, en nous limitant aux points particulièrement intéressants pour l'enfant[1].

Les caractères généraux de cette affection sont les suivants : Début portant d'emblée les symptômes à leur maximum; la cause peut être l'imitation, la suggestion (Charcot). Douleur superficielle très vive, occupant un espace limité losangique; simple pincement de la peau très douloureux (signe de Brodie). Boiterie apparaissant d'emblée. Coexistence fréquente de contractures sur d'autres groupes musculaires. L'examen de la région articulaire, sous le chloroforme, ne révèle ni empâtement, ni abcès. Guérison brusque, mais fréquence des récidives.

Dans les cas simples, le signe de Brodie, d'une part, l'examen de l'articulation, d'autre part, ne laissent aucun doute. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; nous y reviendrons au diagnostic.

1. V. à ce sujet, pour l'étude complète, Gilles de la Tourette, qui donne une longue bibliographie dans son *Traité de l'hystérie*, t. I. p. 230 et suiv. — V. aussi un intéressant article de Plicque, *Gazette des hôpitaux*, 6 juin 1891, p. 609. — P. Richer, *Paralysies et contractures hystériques*, p. 200.

Pseudo-mal de Pott. — Charcot a appelé depuis longtemps l'attention sur l'hystérie simulant le mal de Pott[1]. Que l'on présente un enfant avec une zone d'hyperesthésie placée sur le trajet de la colonne vertébrale et une paralysie des membres inférieurs, la première idée qui se présentera au médecin sera certainement celle du mal de Pott. L'erreur a été souvent commise. Cependant, le pseudo-mal de Pott hystérique n'est pas une exception.

Souques[2] en rapporte plusieurs cas dans sa thèse, un notamment, que l'on pouvait provoquer, chez une fillette de treize ans, en traumatisant la région pendant que la malade est plongée dans la période somnambulique.

Audry[3] en relate aussi un cas.

Poncet (de Lyon) fut un des premiers à le signaler, et M. Pignet en a fait une longue étude dans sa thèse inaugurale[4].

Gendron et Brunet[5] ont rapporté le cas d'une fille de neuf ans qui avait une rachialgie intense d'origine hystérique. Cette enfant était rachitique.

Voisin en rapporte un cas chez un garçon de onze ans[6].

Le rachitisme vient, en effet, compliquer quelquefois le diagnostic, car si le mal de Pott peut être simulé par l'hystérie, il peut l'être aussi par le rachitisme vertébral. D'où cette conclusion mathématique que l'hystérie peut simuler le rachitisme vertébral et le mal de Pott. C'est à Grancher que revient l'honneur d'avoir nettement établi l'existence de faits de ce genre[7]. Le premier cas est relatif à un enfant de six à sept mois ayant une saillie de la colonne vertébrale à la région lombaire, et pour lequel le diagnostic porté fut celui de mal de Pott. Il succomba à une entérite au bout d'un mois, et à l'autopsie on ne trouva

1. *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 189.
2. Souques, *Contribution à l'étude des syndromes simulateurs des maladies de la moelle épinière*. Th., Paris, 19 mars 1891, pp. 102 et 175.
3. *Lyon méd.*, 23 octobre 1887, in *Arch. neurolog.*, t. XX, p. 70.
4. Thèse, Lyon, et *Journal de méd. et chir. prat.*, 10 juillet 1895, p. 507.
5. *Ann. de la policlinique de Bordeaux*, 1895.
6. In thèse de Ch. Roux. *Journal de méd. et chir. prat.*, 25 avril 1897, p. 316.
7. Du retard de la marche chez l'enfant, rachitisme vertébral. *Journal de méd. et chir. prat.*, février, 1888, p. 61.

aucune lésion de la colonne vertébrale. Le second cas a trait à une fillette de six ans et demi, qui eut à trois ans et demi une saillie de la colonne vertébrale prise pour un mal de Pott. Mise dans une gouttière, elle présenta, trois mois après, non plus du mal de Pott, mais de la coxalgie, qui fut bientôt remplacée par un pied bot varus équin, dû à une contracture des muscles du mollet.

« Or, il est démontré, dit Grancher, que toutes ces déformations étaient le résultat de spasmes musculaires. Cette malade est un exemple aussi curieux par l'erreur qui a été commise à propos d'elle que par le fait de phénomènes hystériques ayant débuté à dix-huit mois. Elle présenta, en effet, plusieurs stigmates d'une hystérie certaine. »

Nous verrons, au diagnostic, comment on peut éviter ces erreurs.

Pseudo-méningite. — Combien de petits malades pour lesquels est porté le diagnostic de méningite à propos d'accidents nerveux ! Ce serait un chapitre à étudier ; mais, ne voulant pas sortir de notre cadre, nous nous bornerons à démontrer la vérité de cette assertion : l'hystérie infantile peut simuler la méningite.

Nous devons à Bardol une excellente thèse sur ce sujet [1]. Ollivier en a communiqué une observation relative à une fille de six ans [2].

C'est pour déterminer cet état que M. Dupré a récemment proposé le mot de méningisme [3].

On trouvera, dans les auteurs cités, des faits assez nombreux.

1. Bardol, *De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants.* Thèse, Paris, 26 janvier 1893.

2. Ollivier, *Congrès pour l'avancement des sciences*, Marseille, 1891, et *Méd. mod.*, 24 sept. 1891.

3. Voir à ce sujet le travail de Claisse, relatant les faits de Bergé, Hutinel, Bardol, in *Presse médicale*, 6 janvier 1894, p. 5. — Dupré, Congrès de méd. int. de Mosée, Lyon 1894. — Les thèses de Brugère (Bordeaux, janv. 1893) ; Monestié (Montpellier, 1893) ; de Noblet (Paris, décembre 1895) ; de Roesch (Paris, 1895). — Société médicale des hôpitaux, séances des 13, 20, 27 décembre 1895 ; 10 janvier 1896. — Giral, *Journal des praticiens*, 4 avril 1896, p. 224. — Bézy, Quelques formes de la méningite chez l'enfant (*Rev. des mal. de l'enfance*, déc. 1893. — Du même, Méningite et méningisme chez l'enfant (Société de médecine de Toulouse, 1[er] février 1894). — Carrier, *Lyon médical*, décembre 1891. — Mirallié, Méningisme par constipation (enfant, de deux ans) (Soc. de méd. de Nantes, in *Abeille méd.* d'avril 1897, p. 108).

Nous nous contenterons de citer le suivant qui est typique; nous l'empruntons à la thèse de Bardol (p. 111) : « Marie D..., quatorze ans, réglée pour la première fois il y a huit jours. Fatiguée depuis lors. Elle est très abattue, couchée en chien de fusil, fuit le jour; strabisme interne de l'œil droit; raie méningitique, raideur des membres inférieurs des deux côtés, céphalée diffuse, constipation, respiration irrégulière. Urines normales, pas de vomissement ni de fièvre. Anesthésie pharyngée, ovaralgie. L'enfant a eu autrefois des crises nerveuses. Cet état dure quatre jours et guérit brusquement. On constate, quelque temps après, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. »

Si nous ajoutons à ces données que les malades peuvent avoir en même temps de la fièvre hystérique[1], on comprendra combien l'erreur peut être facile.

Il est bon de savoir aussi que, dans ces cas, l'hystérie existe seule, et qu'il y a rarement, chez l'enfant, association avec une lésion organique (Bardol).

Autres affections cérébrales. — Nous renvoyons aussi à la thèse de Bardol pour l'étude de l'hystérie simulant d'autres affections cérébrales : convulsions, contractures et monoplégies d'origine corticale, aphasie, syndrome organique de Weber, amaurose, ptosis, méningite chronique.

Il serait fort intéressant d'étudier chacun de ces chapitres à part, mais cela nous entraînerait trop loin. Du reste, nous ne saurions mieux faire que de conseiller la lecture complète de cette excellente thèse. Nous signalerons seulement un cas très intéressant observé en ce moment par notre savant collègue et ami, Terson père, qui a bien voulu nous le communiquer avec son obligeance ordinaire. Il s'agit d'un garçon de huit ans ayant eu des crises convulsives et de la chorée. A la suite d'un coup de toupie sur l'œil, et sans aucune lésion de l'organe, il présente une perte complète de la vue du côté traumatisé. Terson essaye de la suggestion à l'état de veille en promettant la guérison à une époque déterminée. A la suite d'un bain de pieds, la vision reparaît brusquement dans l'œil malade et diminue en même temps d'une façon très notable dans l'autre œil.

1. Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. II, p. 523 et suiv.

Pseudo-coliques abdominales. — Un fait de ce genre est rapporté par Raymond[1] : « Un enfant de douze ans, très intelligent, se plaignait de douleurs abdominales survenant fréquemment, sans cause apparente et sans diarrhée. Au bout de deux mois, les accès de douleur furent plus fréquents, puis s'accompagnèrent de crises nerveuses caractéristiques. La douleur débutait dans la région périombilicale, irradiait dans tout l'abdomen, était suivi de constriction de la gorge, de gêne de la respiration, de mouvements tétaniques du menton, puis de grands mouvements en arc de cercle, etc. L'hystérie n'était donc pas douteuse, mais l'intérêt réside dans ce fait que, pendant fort longtemps, les troubles nerveux ont été localisés à l'abdomen et ont pu être confondus avec de simples coliques. Un autre point important est relatif à l'étiologie. Ces attaques, en effet, paraissent s'être produites sous l'influence de la masturbation ; or, il faut savoir que c'est là une cause d'hystérie qui n'est pas très rare chez les enfants, et il est bon de les surveiller à cet égard. »

Nous avons rencontré plusieurs fois des faits de ce genre, et nous croyons devoir les signaler, car on comprend avec quelle facilité des erreurs peuvent être commises. Nous y reviendrons.

Pseudo-hémiplégie spasmodique infantile. — C'est un cas de ce genre qui a inspiré sa thèse à Bardol. En voici le résumé : « Adolphe T..., douze ans et demi, entré le 28 janvier 1892, service de M. Jules Simon. — A cinq ans, frayeur subite, jambes paralysées, puis cauchemars et crises convulsives. Quatre jours après, les membres du côté droit sont animés de mouvements involontaires au repos et s'exagérant dans les actes intentionnels, avec conservation de la force musculaire. Cet état dure sept ans, avec accès de terreurs nocturnes et période d'excitation causée par la rencontre d'un chien qui voulait le mordre et pendant laquelle le malade menaçait de mordre ses voisins; enfin une affection simulant la méningite. A la suite d'une chute, les deux membres malades deviennent brusquement le siège d'une contracture. Attaques convulsives. »

« Réflexes normaux. Anesthésie de tout le côté malade. Hyperesthésie du côté gauche. Points hystérogènes. »

1. *Journal de med. et chir. prat.*, 10 juin 1895, p. 408

Le diagnostic d'hystérie fut posé par M. Déjerine d'abord, M. Jules Simon ensuite ; nous reviendrons au diagnostic sur ce point important.

Nous devons aussi à Bardol un cas analogue chez un enfant de trois ans et demi[1].

Scoliose. — L'adolescence et l'enfance sont sujettes à la scoliose, soit par suite de lésions osseuses ou musculaires, soit par suite de ces déformations scolaires qui ont été si bien étudiées et combattues dans ces dernières années. Là encore l'hystérie infantile peut faire commettre des erreurs.

La scoliose hystérique a été surtout différenciée par Grancher[2], Duret[3], Hallion[4] et Vic[5]. Plus récemment, Mirallié[6] lui consacre un chapitre spécial dans un article sur « les déviations du rachis en neuropathologie. »

Due à la contracture, elle succède le plus ordinairement à un traumatisme. Elle est surtout fréquente dans l'enfance. Il s'écoule ordinairement un certain temps entre le traumatisme et l'apparition des symptômes : il y a d'abord douleur au point contusionné, puis l'enfant s'incline pour se calmer ; les muscles se contractent et la scoliose s'accentue alors que la douleur a disparu (Grancher).

Elle peut se produire sans traumatisme et sans cause appréciable, telle l'observation de Mirallié.

La guérison est fréquente et les récidives ne sont pas rares.

Il est à remarquer que les scolioses hystériques sont ordinairement adressées au chirurgien. Vic a pris ses observations dans le service de Lannelongue ; Mirallié, dans celui de Kirmisson.

La guérison, dit Mirallié, est certaine, pourvu que le malade soit sûr qu'il doit guérir. Une fois cette certitude bien acquise, tous les moyens sont bons. Duret guérit sa malade en lui entou-

1. *Nouv. icon. de la Salpêtrière*, obs. 1, p. 349, 1891. Cité par Gilles de la Tourette.
2. In thèse Besson. Paris, 1888.
3. Duret, *Nouv. icon. de la Salpêtrière*, 1888.
4. Hallion, *Des déviations vertébrales névropathiques*, th., Paris, 1892.
5. Vic, *Scoliose hystérique*. thèse, Paris, 1892-93.
6. *Revue d'orthopédie*, septembre et novembre 1896. Spécialement novembre 1896, p. 458.

rant les reins d'une ceinture de gros sous ; Lannelongue, en lui ordonnant de se tenir droite.

Incontinence d'urine. — Nous verrons plus loin qu'un des éléments de diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie infantiles sera l'absence ou la présence de l'émission d'urine pendant l'attaque.

Mais, en dehors de ce fait, il est important de se demander quel est le rôle de l'hystérie dans ce syndrome bien connu des médecins d'enfants : l'incontinence nocturne d'urine.

La pathogénie de cet accident est très variable, comme on peut s'en convaincre en lisant la leçon d'Ollivier[1]. Son élève Brunet[2] dit dans sa thèse : « ... Les terreurs nocturnes relèvent de l'hystérie... ; il en est de même de l'incontinence nocturne d'urine ; cela s'explique, puisque c'est un fait de même ordre, une hallucination ; aussi cette énurésie est mentionnée aujourd'hui par tous les auteurs comme un des prodromes possibles de l'hystérie. »

Nous n'oserions pas affirmer que l'incontinence d'urine relève fréquemment de l'hystérie ; et, d'après l'enquête à laquelle nous nous sommes livré soit dans les auteurs, soit dans nos souvenirs personnels, il nous semble que le trait d'union n'est pas très nettement établi, et que la fréquence de l'incontinence d'urine hystérique n'est pas démontrée. Les auteurs ne nous paraissent pas absolument d'accord lorsqu'ils établissent la pathogénie nerveuse de cette affection, en dehors, bien entendu, des causes organiques ou réflexes apparentes. Henoch[3] dit que, dans bien des cas, il faut admettre une « hyperesthésie du col et de toute la muqueuse vésicale. » Johan Steiner[4] admet, au contraire, « une anesthésie des nerfs sensitifs de la vessie. » Comby[5], Baginski[6] citent l'hystérie dans la pathogénie de l'incontinence d'urine ; mais, à côté de bien d'autres causes, L. Guinon[7], qui a

1. Ollivier, *Leç. clin. sur les mal. des enfants*, 1889, p. 320.
2. Burnet, *Contr. à l'étude de l'hystérie infantile ; son existence au-dessous de l'âge de cinq ans*. Thèse, Paris, février 1891, p. 16.
3. *Leçons clin. sur les malad. des enfants* (trad. Hendrix), 1885, p. 494.
4. *Compendium des malad. des enfants* (trad. Kéraval), 1880, p. 489.
5. *Manuel des malad. des enfants*, 1892.
6. *Traité des malad. des enfants*, 1892.
7. *De quelques troubles urinaires de l'enfance. Névroses urinaires de l'enfance*. Thèse, Paris, février 1889.

si bien approfondi la question, dit bien que l'incontinence nocturne relève, entre autres causes, de l'hystérie, mais il en fait surtout « un stigmate bénin de l'hérédité nerveuse psychique. »

En résumé, il nous semble que, sans vouloir admettre comme cause unique l'épilepsie larvée signalée par Trousseau, il ne faut pas faire à l'hystérie une trop large part. La pathogénie, probablement variable de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, nous paraît mériter de nouvelles études, particulièrement pour ce qui est des rapports avec l'hystérie et avec la dégénérescence.

Terreurs nocturnes. — Les terreurs nocturnes constituent une des manifestations de l'hystérie dans le jeune âge, mais elles peuvent tenir à d'autres causes. Cependant elles seraient, d'après Ollivier, de nature hystérique quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. On les rencontre souvent dans les antécédents des hystériques adultes et comme première manifestation de la nature chez l'enfant. Braun[1] affirme qu'elles sont dues à la neurasthésie et à l'anémie et refuse d'admettre qu'elles puissent être psychiques.

Pseudo-paralysie infantile. — A côté de la paralysie spinale infantile organique, dont les symptômes et les lésions sont bien connues aujourd'hui, il faudra compter avec la pseudo-paralysie hystérique. Souques en rapporte des exemples dans sa thèse. Il suffit, du reste, pour que l'erreur soit possible, qu'un enfant présente cette triade, facilement produite par l'hystérie : convulsions, paralysie, atrophie. Il ne semble pas cependant que ces faits soient très fréquents et très nets.

Pseudo-tabes spasmodique. — Le tabes spasmodique infantile, cette affection malheureusement trop fréquente, peut être simulé par l'hystérie. C'est, on le comprend, dans les formes avec contracture que l'erreur pourra se produire.

C'est encore dans la thèse de Souques (p. 109) que nous trouvons un exemple typique. Il s'agit d'un garçon de treize ans ayant eu dans son enfance des crises rappelant le méningisme. Membres inférieurs contracturés en extension et en adduction forcée ; abolition des mouvements volontaires, sauf aux orteils ; exaltation des réflexes rotuliens ; trépidation épileptoïde provo-

1. *Jarbuch für Kinder*. Janvier 1897.

quée par la flexion dorsale du pied, arrêtée par la flexion plantaire. Rien aux viscères, intelligence nette. Guérison brusque et complète.

CHAPITRE III.

Certaines manifestations nerveuses appartiennent-elles à l'hystérie infantile?

Nous pensons étudier ici la question suivante : Certains phénomènes dits de dentition doivent-ils être considérés comme appartenant à l'hystérie de la première enfance?

La question fut soulevée en 1891 devant l'Académie par Chaumier (de Tours), qui en avait déjà parlé au Congrès de Grenoble en 1885. Ce travail fut l'objet d'un long et important rapport d'Ollivier, que l'on trouvera dans les *Bulletins de l'Académie*[1]. Il donna même lieu, dans un certain nombre de séances suivantes, à d'intéressantes discussions dans lesquelles les opinions les plus contraires furent émises sur les accidents de dentition.

Chaumier divise les accidents hystériques des enfants en trois degrés : phénomènes émotifs, pamoisons, grandes attaques convulsives.

Les phénomènes émotifs consistent en des colères violentes ressemblant à un paroxysme maniaque. Dans un second degré, les enfants arrivent jusqu'à la pamoison. Dans un troisième degré, il y a une véritable attaque convulsive plus ou moins longue, plus ou moins répétée, faisant partie de ces prétendues méningites qui guérissent. L'auteur rapporte des faits de ce genre chez des enfants très jeunes[2].

Mais l'hystérie, même à cet âge, peut être simplement caractérisée par l'absence du réflexe palpébral ou pharyngien, par du strabisme ou du nystagmus, par des troubles digestifs, par une émotivité extrême (rires et pleurs), par des troubles respiratoires, par des paralysies, des contractures, des tremblements.

1. Année 1892, t. XXVII, p. 883.
2. Les faits de Chaumier sont relatés dans la thèse d'Isnart; Montpellier, février 1896, et en partie dans celle de Conturie, Paris, décembre 1896.

Chaumier rapporte un grand nombre d'observations à l'appui de son dire, notamment sur les trois derniers smyptômes (paralysies, contractures, tremblements). Une fillette de quatorze ans, nettement hystérique, avait eu à six mois des crises convulsives qui duraient deux heures; parfois les pieds restaient raides et allongés pendant vingt-quatre heures après les convulsions. Elle aurait eu les jambes tordues jusqu'à trois ans. — Une fillette de vingt-deux mois et un garçon de deux ans ont des phénomènes paralytiques et ont eu des convulsions dans leur jeune âge. — Un enfant eut du tremblement localisé. Son frère avait de grandes attaques convulsives et des paralysies. — Aucun de ces malades ne présentait de lésions organiques expliquant ces manifestations. — L'auteur voudrait établir un trait d'union entre certains cas de productions adénoïdes et l'hystérie. Ce trait d'union serait un défaut d'oxygénation du sang entraînant des phénomènes dus à l'action de l'acide carbonique,

Tel est le court résumé du travail de Chaumier, sur lequel nous ne pouvons nous étendre plus longuement. Ollivier, qui eut à l'analyser dans son rapport, accepte en grande partie ses conclusions, sauf en ce qui touche l'influence des productions adénoïdes. Il fait longuement le procès des accidents de dentition et ajoute à son opinion personnelle celles analogues de Magitot, Comby, Politzer, Fleischmann, Kassovitz, qui disent que l'évolution dentaire normale chez un enfant bien constitué ne produit jamais de convulsions.

Donc, il ne faut plus, d'après Ollivier, admettre la dentition comme cause des accidents convulsifs de la première enfance, et il faut, avec Chaumier, rapporter une grande partie de celles-ci à l'hystérie.

Cette suppression des accidents de dentition du cadre de la nosologie infantile amena des protestations et des discussions que nous ne pouvons reproduire ici, mais que l'on trouvera dans les *Bulletins de l'Académie*[1].

Il semble résulter de ces discussions que si l'on ne peut rejeter complètement les maladies de dentition, il faut restreindre considérablement leur cadre au profit de l'hystérie des très jeunes enfants. Cette opinion se trouve corroborée par ce fait que,

1. 1892, t. XXVIII, pp. 32, 258, 272, 354, 365, 440, 458.

dans un nombre considérable d'observations d'hystériques adultes, prises dans les divers auteurs, on trouve la mention : convulsions de l'enfance ; notamment la petite malade de Grancher, dont nous avons parlé à propos du pseudo-mal de Pott, avait eu des crises convulsives à dix-huit mois.

Nous verrons, du reste, dans le chapitre suivant, par l'exposition des faits cliniques, que l'hystérie peut se manifester à un âge très tendre; mais il nous a paru intéressant de faire un court chapitre à part de cette importante discussion. Nous ne pensons pas qu'il entre dans le cadre de ce travail de les reproduire *in extenso;* nous renvoyons ceux qui désireraient une étude plus complète aux indications bibliographiques que nous avons données.

En terminant ce chapitre, et pour montrer quelle est l'opinion qui semble régner à ce sujet, nous citons les réflexions dont Bardol fait suivre dans sa thèse (p. 16) la citation du travail de Chaumier et du rapport d'Ollivier : « Peut-être l'adhésion de l'Académie eût-elle été plus franche si le Dr Chaumier n'avait, dans ses conclusions, proposé la substitution un peu trop radicale de l'hystérie à l'éclampsie des nouveau-nés et aux accidents de la dentition, qui resteront, malgré tout, des entités morbides bien établies dans la pathologie infantile. Nous voulons bien faire la part de l'hystérie dans les convulsions de l'enfance, mais de là à exclure toutes les autres causes, même les plus banales en apparence, il y a loin, et cette distance, nous ne saurions la franchir. »

CHAPITRE IV.

Age et modes d'apparition de l'Hystérie infantile.

Nous avons vu sous quelles formes se présentait l'hystérie infantile ; nous avons admis qu'il fallait, avec Chaumier et Ollivier, faire rentrer dans son cadre une partie des convulsions et des accidents nerveux de la première enfance. Il nous est maintenant permis de nous demander à quel âge et de quelle façon se manifestent les premières atteintes de la névrose.

Il est depuis assez longtemps admis que l'hystérie peut se montrer à partir de quinze, douze, dix et même de quatre ou cinq ans ; même des travaux plus récents ont démontré qu'elle pouvait débuter chez le nourrisson. Nous allons démontrer, dans deux articles que nous séparerons pour plus de clarté, la vérité de ces deux assertions.

Article premier. — *Hystérie débutant de cinq à quinze ans.*

Deux statistiques qui sont, du reste, citées dans les auteurs modernes donnent des renseignements précis à ce sujet; ce sont celles de Briquet (1859) et de Clopatt (1888).

Statistique de Briquet :

Enfance (sans précision d'âge)............	31 cas.
5 ans................................	3 »
6 à 7 ans...........................	6 »
7 8 »	11 »
8 9 »	6 »
9 10 »	9 »
10 11 »	4 »
11 12 »	17 »
Total............	87 cas.

Statistique de Clopatt :

	Filles.	Garçons.	Total.
Début dans l'enfance tendre.....	19	1	20
» à l'âge de 3 ans........	0	1	1
» » 4 »	1	1	2
» » 5 »	4	2	6
» » 6 »	3	2	5
» » 7 »	15	4	19
» » 8 »	16	6	22
» » 9 »	15	7	22
» » 10 »	18	15	33
» » 11 »	24	17	41
» » 12 »	22	13	35
» » 13 »	27	16	43
» » 14 »	12	8	20
» » 15 »	0	3	3
Total.......	176	96	272

Gilles de la Tourette[1], qui examine ces statistiques, ainsi que celles de Pâris, Hoffmann, Batavet, Landouzy, Bitot, Georget, Pitres, Beau, en arrive à cette conclusion que « l'hystérie, rare dans les cinq premières années de l'existence, augmente ensuite progressivement de onze à treize ans, et cela dans les deux sexes, ce qui a son importance. En effet, à l'inverse de ce qu'on aurait pu croire à l'époque où régnait la théorie utérine, l'influence de la menstruation paraît nulle ou tout au moins peu notable sur l'apparition et le développement de l'hystérie chez les petites filles, par ce fait même que l'âge a la même influence chez les deux sexes. »

Cette opinion est aussi celle de Pitres[2] : « ..... L'hystérie s'est montrée avec tous ses symptômes à quatre, cinq ans exceptionnellement... ce sont des raretés. »

Ces réflexions sont parfaitement justes, et la présence de l'hystérie chez des enfants âgés de cinq à quinze ans, garçons ou filles, est un fait avéré aujourd'hui.

Ceci étant admis, il faut se demander comment se manifeste la névrose à ses débuts.

Il est intéressant, pour répondre a cette question, de regarder les antécédents des malades dans les observations relatées par les auteurs traitant de l'hystérie chez les adultes.

Voici un tableau que nous avons dressé en parcourant une série d'auteurs, dans lequel nous rapportons successivement l'âge au moment où l'observation est prise, le sexe, la forme actuelle, l'âge et la forme du début, le nom de l'auteur, les observations importantes.

1. *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, t. I, pp. 43 à 58.
2. *Leçons clin. sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I, p. 16.

Nº	AGE	SEXE	FORME ACTUELLE	AGE AU DÉBUT	FORME AU DÉBUT	AUTEURS	OBSERVATIONS
1	25 ans.	Fille.	Crises. Strangulation. Anesthésie.	Naissance.	Convulsions. Crises. Boule.	Briquet[1], p. 56.	
2	27 »	»	Anesthésie. Paralysie. Crises.	1re enfance.	Convulsions.	» 61.	
3	32 »	»	Anesthésie sensorielle et cutanée.	Enfance.	Convulsions jusqu'à 15 ans.	» »	Arrêt à la puberté.
4	17 »	»	Convulsions.	Bas âge.	» »	» »	» »
5	37 »	»	Pas d'attaques. État hystérique général.	»	Convulsions.	» »	
6	Non indiqué.	»	Crises.	»	Strangulation. Attaque à 7 a.	» 62.	
7	28 ans.	»	»	Enfance.	Crises complètes.	» »	Arrêt pendant un an (règles allaient bien)
8	40 »	»	Douleurs. Dyspepsie. Vomissement. Rétention d'urine.	»	Syncopes. Convulsions. Sanglots.	» »	
9	37 »	»	Crises.	5 ans.	Crise complète.	» »	
10	Non indiqué.	»	Non indiquée.	»	»	» 63.	5-6 crises jusqu'à 17 a.
11	24 ans.	»	Crises.	»	»	» »	A la suite d'une colère.
12	24 »	»	Attaques.	»	Crises suivies de somnolence.	» »	Arrêt à l'établissement des menstrues.
13	22 »	»	Crise.	7 ans.	Crises.	» »	Vue d'un cadavre.
14	Non indiqué.	»	Non indiquée.	»	»	» 64.	
15	52 ans.	»	Crises. Paraplégie.	»	Convulsions.	» »	Effrayée par des aliénés.
16	Non indiqué.	»	Non indiquée.	»	Crise complète.	» »	Après une frayeur.
17	18 ans.	»	Crises.	»	Crise.	» 65.	Après une frayeur.
18	36 »	»	»	»	Crise. Anesthésie.	» »	
19	17 »	»	»	»	Crise.	» »	
20	21 »	»	Attaques complètes.	8 ans.	Attaque complète.	» »	Mauvais traitements paternels.
21	26 »	»	»	»	»	» 66.	Établissement de la menstruation sans influence.
22	17 »	»	Attaques.	9 ans.	Attaques.	» »	
23	29 »	»	Attaque tous les huit jours.	8 ans.	Attaque complète.	» »	
24	29 »	»	Paralysie et anesthésie.	9 ans 1/2.	»	» »	
25	40 »	»	Attaques.	9 ans.	»	» 67.	Vue de sa sœur ayant une attaque.
26	3 »	»	Attaques, Anesthésie.	Enfance.	Migraine. Jalousie.	» 68.	
27	27 »	»	Attaques. Tremblements.	»	Oppression. Boule.	» »	Ces malades, bien que devenus franchemt hystériq. plus tard, ont eu, dans leur enfance, des signes autres que des attaques.
28	27 »	»	Strangulation. Anesthésie.	»	Syncopes. Douleurs d'estomac et de dos.	» »	
29	28 »	»	Sensibilité. Boule.	«	Sensibilité. Boule.	» »	
30	16 »	»	Attaques.	»	Strangulation. Mouvements convulsifs.	» 69.	
31	12 »	»	Vertiges. Boule. Accès d'hilarité. Manie.	9 ans.	Étourdissement, chute.	P. Richer[2], p. 188.	
32	32 »	»	Boule, Crises convulsives.	8 ans.	Attaques nerveuses.	» 202.	
33	13 »	»	Grands mouvements.	13 ans.	Grands mouvements.	» 204.	
34	12 »	»	Bâillements. Grands mouvements. Sauts. Délire. Boule.	12 ans.	Bâillements, etc.	» 206.	

1. *Traité clinique et thérapeut. de l'hystérie.* 1859. 2. *La grande hystérie.*

Nº	AGE	SEXE	FORME ACTUELLE	AGE AU DÉBUT	FORME AU DÉBUT	AUTEURS	OBSERVATIONS
35	17 ans.	Fille.	Crises avec arc de cercle.	13 ans.	Hallucinations, Rire. Convulsions.	P. Richer, p, 207.	
36	18 »	Garçon.	Délire. Anesthésie. Arc de cercle.	Enfance.	Convulsions.	» 229.	Les convulsions de l'enfance coïncidant avec des vers intestinaux.
37	11 »	Fille.	Attaques convulsives. Idée de possession.	11 ans.	Attaques. Crises, etc.	» 235.	
38	16 »	»	Attaques de contracture et de sommeil.	12 ans.	Tremblements.	» 249.	
39	8 »	»	Catalepsie.	8 ans.	Catalepsie.	» 272.	
40	13 »	»	Extase. Catalepsie.	13 ans.	Extase, catalepsie.	» 284.	
41	14 »	»	Somnambulisme. Crise.	Avant 14 a.	Crises.	» 312.	
42	10 »	»	Attaque de sommeil. Crise.	10 ans.	Tristesse. Catalepsie (?).	» »	
43	16 »	»	Grande crise convulsive.	12 ans.	Envie de pleurer, étouffement.	» 360.	A 12 ans, à la suite d'un concours ; à 16 a., à la suite d'un enterrement.
44	9 »	»	Pleurs et agitation. Crise convulsive.	9 ans	Pleurs, etc.	» 371.	
45	14 ans 1/2	Garçon.	Grandes attaques.	7 ans.	Chorée rythmée.	» 375.	A 7 ans, à la suite d'une chute d'un premier étage.
46	17 »	Fille.	Grande attaque, suivie de contracture.	»	Douleur ovarique.	» 379.	Premières crises à 13 ans.
47	13 »	»	Crises convulsives.	12 ans 1/2.	Crises convulsives.	» 380.	A eu des douleurs dans le ventre.
48	28 »	»	Crises hystériques.	1[e] enfance.	Crises hystériques.	» 383.	
49	14 «	Garçon.	Somnambulisme.	14 ans.	Somnambulisme.	» 389.	
50	16 »	»	Crises à forme somnambulique.	15 ans.	»	» 390.	
51	17 »	»	Crises. Hallucinations.	12 ans.	Crises. Hallucinations.	» 419.	
52	12 »	Fille.	Crises.	»	Crises.	» 421.	
53	11 »	Garçon.	Chorée rythmique. Hémianesthésie.	11 ans.	Chorée rythmique. Hémianesthésie.	» 435.	
54	13 »	Fille.	Strangulation. Palpitations. Hoquet.	13 ans.	Strangulation. Palpitations. Hoquet.	» 451.	
55	17 »	»	Aphonie. Crises.	14 ans.	Toux spasmodique.	» 456.	
56	20 »	»	Hystéro-épilepsie.	1[e] enfance.	Convulsions.	» 460.	Première attaque à 16 ans (mort de sa mère).
57	26 »	»	Attaques.	3 ans.	Perte de connaissance.	» 481.	A 3 ans, peur ; à 26 ans, viol.
58	13 »	Garçon.	Hystéro-épilepsie.	13 ans.	Hystéro-épilepsie.	» »	
59	12 ans 1/2	»	Hystérie paroxystique. Amnésie.	10 ans.	Toux quinteuse.	Azam [1].	
60	17 ans.	Fille.	Grandes crises. Délire.	8 ans.	Suffocations. Émotivité.	Pitres [2], t. 1, p. 42.	Épidémie de Versignies.
61	23 »	»	Hystérie convulsive.	»	Maux d'estomac. Syncopes.	» » 218.	Accidents primitifs augmentés plus tard par masturbation.
62	21 »	Garçon.	»	14 ans.	Hoquet persistant.	» » 221.	
63	21 »	Fille.	Attaques convulsives.	11 ans 1/2.	Attaques convulsives.	» t. 2, p. 54.	
64	15 »	»	Crises convulsives.	13 ans 1/2.	Crise convulsive.	» » 262.	
65	11 ans 1/2	Garçon.	Somnambulisme.	9 ans 1/2.	Attaques de sommeil.	» » 388.	Exploité par ses parents, qui furent condamnés.
66	18 ans.	Fille.	Polyarthralgie hystérique.	9 à 10 ans.	Gastralgie. Vomissements.	» » 405.	Guéri par des pilules *mica panis*.
67	21 »	»	Hystérie convulsive. Phénomènes hypnotiques.	1[e] enfance.	Convulsions.	» » 420.	Convulsions et paralysie à 8 ans.

1. *Hypnotisme et double conscience.* In Gilles de la Tourette, *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, t. II, p. 339.
2. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I.

On voit d'après ces tableaux, que nous avons construits en parcourant les auteurs cités, que l'hystérie infantile se manifeste à des âges très divers et sous des formes variables.

On remarquera que tous les malades ci-dessus étaient nettement hystériques au moment où est prise l'observation, et que, pour beaucoup, l'hystérie s'est révélée par ce que nous appellerons des signes franchement hystériques.

Voici, du reste, comment se résument ces soixante-sept cas par rapport à l'âge et au mode d'apparition :

Résumé par rapport à l'âge du début :

Bas âge, enfance, naissance (sans indications précises)	17
A 3 ans	1
» 5 »	4
» 7 »	8
» 8 »	6
» 9 »	9
» 10 »	2
» 11 »	3
» 12 »	5
» 13 »	8
» 14 »	3
» 15 »	1
Total	67

Résumé par rapport à la forme du début :

Convulsions	9
Gastralgie. Vomissement	1
Attaque de sommeil. Somnambulisme	3
Crise convulsive (plus ou moins complète)	29
Hoquet	1
Maux d'estomac. Syncope	3
Suffocations. Émotivité	1
Toux quinteuse	2
A reporter	49

Report.........	49
Perte de connaissance......................	1
Strangulation. Palpitations. Hoquet...........	3
Chorée rythmée...........................	2
Douleur ovarique..........................	1
Migraine. Caractère jaloux...................	1
Oppression. Boule..........................	1
Sensibilité. Accès de pleurs..................	3
Étourdissement. Chute.....................	1
Bâillements..............................	1
Tremblements..........................	1
Catalepsie.............................	3
Total.............	67

Tous les cas ci-dessus, sauf quelques exceptions, sont pris chez des adultes, et c'est par les renseignements que nous savons que ces malades ont présenté les premières manifestations dans leur enfance.

Mais il est bon de se demander, inversement, comment s'est présentée la névrose à ceux qui l'ont observée eux-mêmes, et non d'après les renseignements fournis.

Pour avoir une statistique complète, il faudrait relever les statistiques de Bourneville, de Peugniez, de Pâris et des autres auteurs qui ont publié des observations d'hystérie infantile. Ce travail a été fait en grande partie par Clopatt, et on le trouvera, en appendice, à la suite de sa monographie. Nous ne reprendrons pas ce travail, mais il nous paraît important de donner ici le résumé des seize observations personnelles que Clopatt a relevées dans les services d'hôpitaux.

Voici d'abord le résumé général qu'il donne à la page 19 de son travail :

	Hystérie convulsive.	Hystérie sans attaque.	Total.
Garçons..........	70	26	96
Filles...........	120	56	176
	190	82	272

Voici maintenant le relevé que nous faisons de ses observations

personnelles, que nous ne pouvons que résumer au point de vue spécial qui nous occupe actuellement, renvoyant, pour des renseignements plus complets, à sa longue et intéressante étude :

Observation 1. — Garçon, 12 ans. Attaque hystérique suite de frayeur (son père a voulu assassiner sa mère). Deux tentatives de suicide.

Observation 2. — Fille, 10 ans. Impressionnabilité dans l'enfance tendre. Frayeur. Hallucinations de la vue. Douleurs vagues. Troubles de la nutrition. Analgésie et thermo-anesthésie. Crises convulsives. Aphonie.

Observation 3. — Fille, 8 ans. — Convulsions dans l'enfance tendre. Crises convulsives à la suite d'une maladie aiguë. Amblyopie droite. Dyschromatopsie. Ovaralgie droite.

Observation 4. — Fille, 14 ans. Début à 12 ans (crises nerveuses. Anesthésies. Ovaralgie. Crises convulsives.

Observation 5. — Garçon, 13 ans. Névralgies hémihyperesthésie. Crises convulsives (arc de cercle).

Observation 6. — Garçon, 12 ans. Attaques d'hystérie à la suite de séances d'hypnotisme.

Observation 7. — Garçon, 13 ans. Crises convulsives.

Observation 8. — Fille, 11 ans. Attaques convulsives.

Observation 9. — Fille, 11 ans. Crises hystéro-épileptiques. Convulsions dans l'enfance tendre.

Observations 10, 11, 12 et 13. — Hystérie maniaque chez des garçons de 9, 11, 13, 11 ans.

Observation 14. — Fille, 10 ans. Parésie, anesthésie.

Observation 15. — Fille, 11 ans. Maux de tête. Tremblements, bientôt suivis de parésie.

Observation 16. — Garçon, 13 ans, ayant eu du spasme œsophagien à huit ans. Retour de ce spasme à la suite d'une frayeur.

En résumé : Neuf garçons, début de 9 à 13 ans, marqué par des attaques trois fois, par des névralgies une fois, par du spasme œsophagien une fois, par de l'hystérie maniaque quatre fois. Sept filles, début de 8 à 14 ans, marqué par des crises nerveuses ou des convulsions quatre fois, par de l'impressionnabilité une fois, de la parésie une fois, des maux de tête une fois.

Mon maître, le professeur André, rapporte le cas intéressant

d'un homme de dix-neuf ans, atteint de spasme saltatoire, qui avait eu des convulsions à cinq ans et dont les crises avaient débuté à treize ans[1].

Dans la courte notice que nous avons présentée à la Société de médecine de Toulouse (1er février 1896), nos quatre observations personnelles se répartissaient ainsi, au point de vue de l'âge et de la forme du début :

Garçon.....	12 ans.	Crises avec arc de cercle.
»	7 »	Boule.
»	11 »	Crises arrêtées par la compression du point iliaque.
Fille.......	5 ans 1/2.	Clou hystérique. Zone d'hyperesthésie.

Il serait facile d'augmenter le nombre des citations, mais nous pensons en avoir dit assez pour être en droit de conclure que l'hystérie débutant de cinq à huit ans, tant chez les garçons que chez les fillettes, est loin d'être une rareté, et que son début de huit à quinze ans est fréquent.

Quant à la façon dont ce début se manifeste, nous pouvons conclure que c'est fréquemment par des crises convulsives plus ou moins complètes. Ces crises attirent immédiatement l'attention. Mais on a pu voir qu'il y avait d'autres phénomènes moins marqués qui souvent n'éveillent pas suffisamment l'attention des médecins.

Bien que certains de ces phénomènes soient signalés dans les tableaux précédents, nous pensons utile d'y revenir d'une façon plus complète. Si nous croyons devoir insister là-dessus, c'est qu'il est d'un intérêt primordial pour le malade que l'hystérie soit combattue de bonne heure. Il faut donc savoir la dépister sous toutes ses formes.

C'est dans ce but que J. Simon revient fréquemment, dans ses leçons, sur ce qu'il appelle l'hystérie à l'état naissant, qui se manifeste par des signes souvent mobiles et fugaces, mais pouvant être cependant tenaces chez certaines petites filles : les en-

1. André, *Précis clinique des maladies du système nerveux*, 1895, p. 632.

fants de cette catégorie sont ordinairement des fillettes de huit à douze ans, éveillées, apprenant facilement les arts d'agrément et d'imitation, ayant des troubles nerveux de la face et des yeux, des douleurs, notamment des céphalalgies frontales, souvent unilatérales, passagères, ou durant jusqu'à des mois, revenant facilement. Chez une fillette, elle persista longtemps jusqu'à l'apparition d'une toux aboyante. Ces symptômes peuvent quelquefois simuler la méningite (photophobie, crainte du bruit, douleurs erratiques). Cet auteur dit n'avoir jamais rencontré l'anesthésie, sauf un cas très marqué chez une fille de treize ans; mais plutôt la sensibilité intercostale, ovarienne, surtout vers la puberté, la gastralgie, le vomissement. Il ajoute qu'il est bien difficile souvent de constater l'anesthésie chez l'enfant.

Pitres [1] a étudié ces phénomènes prémonitoires de l'hystérie et les a décrits avec la limpidité et le sens clinique qui sont la marque de son enseignement. Nous reproduisons complètement sa description :

« Je désire attirer votre attention sur la série des accidents névropathiques que présentent très fréquemment pendant leur enfance les sujets destinés à devenir plus tard hystériques.

« Ces accidents, dont le diagnostic est quelquefois difficile, ont été explicitement signalés par Georget en 1824. « La plupart des hystériques », dit cet auteur, « ont montré dès le bas âge des « dispositions aux affections convulsives, un caractère mélanco- « lique, colère, emporté, impatient, susceptible; quelques-uns « ont eu alors des attaques de catalepsie, des migraines, des « serrements de gosier, des étouffements [2]. » L'observation clinique confirme complètement les opinions émises par Georget. La plupart des malades prédisposés à l'hystérie et destinés à devenir franchement hystériques ont, pendant leur enfance, des accidents nerveux variés. Le nombre de ces accidents est même plus considérable que ne l'a indiqué Georget. A côté des attaques de catalepsie, des serrements de gorge, des étouffements explicitement signalés par cet observateur, il faut placer, si je ne me trompe, certaines variétés de toux sèche quinteuse, coquelu-

1. *Leçons clin. sur l'hystérie*, t. I, pp. 22 et suiv.

2. Georget, article *Hystérie* du *Dictionnaire de médecine*, 1824, t. XI, p. 532.

choïde, arrivant par accès et persistant pendant des jours, des semaines, des mois, malgré les traitements qu'on lui oppose.

« Les crises de vomissements survenant sans causes appréciables ou à l'occasion d'émotions morales, les crises de hoquet, les crises de palpitations de cœur, les terreurs nocturnes des enfants, la céphalée des adolescents, ont vraisemblablement la même signification.

« Certaines formes de congestion pulmonaire avec ou sans hémoptysies, certaines hémorragies nasales ou gastriques paraissent également devoir être rangées parmi les accidents névropathiques de l'enfance, au même titre que les accès de somnambulisme spontané, les contractures ou les paralysies temporaires des membres, les anesthésies sensitives ou sensorielles, les névralgies et les douleurs articulaires d'apparence rhumatoïde.

« Presque tous nos malades ont présenté quelques-uns de ces accidents :

« *Obs. 19.* — Elisa G..... a eu dans sa première enfance des convulsions suivies de rigidité des membres. Plus tard, elle est devenue sujette à des hoquets qui duraient quelquefois toute une journée. Elle avait un caractère violent, acariâtre, taquin. Elle était souvent punie, et quand cela arrivait elle avait de petites attaques de nerfs caractérisées par des malaises, des envies de pleurer, et par la sensation d'une boule qui, partant du flanc gauche, remontait vers le cou et l'étranglait. Il n'y avait cependant pas de convulsions ni de pertes de connaissance.

« *Obs. 20.* — Amélie H..... a eu des maux de tête persistants qui ont fait craindre une méningite, et plus tard des vomissements de sang se reproduisant tous les matins pendant quinze mois consécutifs.

« *Obs. 21.* — Alice S..... a été incommodée par des épistaxis très fréquentes. Elle était tracassière, susceptible, émotive ; elle pleurait ou riait sans motifs ; elle aimait à taquiner ses compagnes. Quand on lui faisait des observations, elle se mettait dans des colères violentes, trépignait et se roulait par terre. A quatorze ans elle a eu une pneumonie (?)

« *Obs. 22.* — Anaïs L..... a été sujette, de six à dix ans, à des crises de palpitations de cœur qui survenaient sous l'influence des moindres émotions.

« *Obs. 23.* — Marie-Louise G..... a eu, vers l'âge de trois ans,

des convulsions nerveuses (?) De quatorze à seize ans, elle a été incommodée par des crises de vomissements qui survenaient de temps en temps sans cause connue et duraient chaque fois une journée entière.

« *Obs. 24.* — Jeanne M..... a beaucoup souffert de névralgies; elle a eu de plus, pendant six mois, à l'âge de dix-neuf ans, des vomissements incoercibles.

« *Obs. 25.* — Eléonore L.... a eu une enfance maladive. A dix ans, elle souffrit pendant trois mois d'une toux sèche, quinteuse, convulsive, ressemblant beaucoup à celle de la coqueluche, mais en différant par l'absence d'expectoration. Un peu plus tard, elle eut des douleurs rhumatismales dans les membres.

« *Obs. 26.* — Théophile S..... a eu dans sa jeunesse quatre fluxions de poitrine ou congestions pulmonaires. Elle a commencé à se masturber vers l'âge de douze ans, et elle raconte qu'à cette époque les excitations génitales étaient souvent suivies de petites pertes de connaissance, accompagnées de contractures de tous les membres, sans convulsions concomitantes.

« *Obs. 27.* — Sous l'influence de la même cause, Élisabeth R.... avait des évanouissements qui duraient plusieurs minutes, ou des crises de sanglots et de pleurs.

« *Obs. 28.* — Berthe M..... a eu très souvent des convulsions vermineuses (?) A l'âge de deux ans, une de ces convulsions a été suivie d'une paraplégie qui a persisté pendant six mois. A six ans, elle a eu une fluxion de poitrine (?) Son caractère était violent, intraitable. Elle entrait pour des riens dans des colères inconcevables, et, quand elle se mettait en colère, elle sentait monter une boule qui tournait dans son ventre et montait l'étreindre à la gorge; puis, quand elle se calmait, il lui arrivait fréquemment d'avoir des quintes de toux sans expectoration qui duraient un jour ou deux. A quatorze ans, elle a tenté deux fois de se suicider parce que ses parents ne voulurent pas l'autoriser à se marier.

« *Obs 29.* — Marie A.... a eu de loin en loin, pendant toute son enfance, des crises de vomissements incoercibles qui survenaient sans qu'aucun écart de régime pût les expliquer, duraient de quinze à vingt jours et disparaissaient sans laisser de traces. A douze ans, elle fut atteinte d'un gonflement douloureux du ventre que plusieurs médecins prirent pour du carreau, mais qui

se dissipa brusquement deux mois après. Elle avait en outre, de temps en temps, des crises de sanglots.

« Il y aurait un intéressant chapitre de pathologie à écrire sur ces troubles nerveux des enfants prédisposés à l'hystérie. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'hystérie infantile, mais on a eu surtout en vue l'étude de l'hystérie précoce et non pas celle des prodromes lointains de l'hystérie. Les symptômes que je viens de vous signaler n'ont pas été étudiés avec tout le soin qu'ils méritent. Ils ont cependant une grande importance, non pas à cause de leur gravité immédiate, car ils guérissent presque toujours, même sans traitement, mais à cause de leur signification pronostique à longue échéance et des indications qu'ils peuvent fournir pour le traitement prophylactique de l'hystérie future. Quand on les reconnaît à temps, on doit soumettre les enfants qui les présentent à une hygiène physique et morale dont je vous indiquerai plus tard les règles. On peut ainsi, dans un bon nombre de cas, combattre les prédispositions morbides les plus accentuées et diminuer de beaucoup les chances de l'explosion ultérieure des grands accidents hystériques. »

On voit par cette citation sous combien de formes diverses peut se manifester l'hystérie à son début. Mais l'éminent professeur de Bordeaux, dans une communication particulière, nous disait qu'il fallait, à son avis, aller encore plus loin, et tenir compte de ce qu'il appelle les formes frustes de l'hystérie, qui sont plus fréquentes que les formes convulsives chez l'enfant. Beaucoup d'accès de délire, de toux coqueluchoïde, de hoquets convulsifs, etc., sont, à son avis, chez beaucoup d'enfants, des équivalents cliniques de la grande hystérie de l'adulte.

C'est, d'après Comby[1], dans ces signes prémonitoires qu'il faut faire rentrer certains délires survenant dans la convalescence, et non dans la période de crise de certaines maladies aiguës. Il rapporte un cas personnel de ce genre chez un garçon de trois ans, après une fièvre typhoïde, et rappelle quatre cas analogues, rapportés par Adams de Washington[2], chez des enfants de sept, neuf, douze et treize ans.

1. Soc. méd. des hôpitaux, séance du 26 novembre 1896.
2. *Arch. de pædiatrie*, novembre 1896.

Pour conclure en ce qui touche les manifestations du début, nous dirons qu'elles sont variables, tantôt bruyantes, tantôt plus ou moins dissimulées et même frustes.

Article 2. — *Hystérie débutant au-dessous de cinq ans.*

Nous avons tenu à faire un chapitre à part des convulsions de la première enfance, ce point pouvant être considéré comme étant encore en discussion. Nous avons donné nos conclusions à ce sujet, et nous n'y reviendrons pas. Nous rappelons simplement que pour ceux qui pensent, comme nous l'avons proposé, qu'il y a lieu d'accepter l'opinion de Chaumier avec les modifications dont nous avons parlé, le chapitre des convulsions de l'enfance ainsi comprises devrait trouver sa place ici.

Mais en dehors de la question des convulsions ne peut-on pas admettre que l'hystérie peut débuter avant cinq ans?

Cette question nous paraît devoir être résolue par l'affirmative.

En effet, déjà en 1882, Gilette rapportait le cas d'un enfant de dix-sept mois ayant une monoplégie brachiale hystérique[2].

Pitres[3] dans une des observations rapportées au chapitre précédent, parle d'une fillette qui eut, à deux ans, une crise de convulsions suivie d'une paraplégie qui a persisté six mois. Plus tard elle eut la sensation de boule.

Grancher[4], dans une leçon sur la médecine infantile, s'exprime ainsi : « L'hystérie est aussi très commune chez les très jeunes enfants, où elle revêt des formes frustes quelquefois très curieuses. Qui n'a vu des fillettes de quatre à cinq ans qui jouent à la poupée et déjà trahissent, par leurs regards luisants, leurs attitudes caressantes et félines, leur coquetterie, leur malice,

2. *New-York med. journ. and obstet.* (Rev. 1882, vol. 36, p. 66, cité par Ch. R. Milks. Extrait de la *Cyclopédia of the Diseases of children*, t. IV, p. 910, indications prises dans le rapport d'Ollivier.

3. *Leç. clin. sur l'hystérie*, t. I, p. 24, obs. 28.

4. Grancher, *La médecine infantile.* (Ce travail figure dans un volume offert ces jours derniers à M. le professeur Henoch de Berlin, pour fêter sa soixante-dixième année). (*Bullet. médical*, 30 juillet 1890, p. 705-707).

un état névropathique latent qui n'attend qu'une occasion pour se dévoiler? »

Comby[1] a vu une fillette de deux ans avoir des attaques, et une de six semaines avoir du sommeil léthargique..... Guyot (cité par Comby) a vu un cas de paralysie chez une fille de quatre ans.

Isnard[2], dans sa thèse, à côté de quelques observations communiquées par Chaumier, en donne une personnelle d'astasie-abasie chez un garçon de dix-huit mois, vu à la consultation de M. le professeur Bosc. Il signale aussi dans sa bibliographie un cas d'hystérie chez un enfant de dix-huit mois[3] qui est probablement le cas cité par Gilette.

Dans une récente thèse, Conturies[4] rapporte l'observation d'un garçon de trois ans ayant des attaques convulsives et ayant eu une monoplégie passagère de la jambe droite.

Le travail le plus complet qui ait paru sur ce sujet est la thèse de Burnet, inspirée par Ollivier; elle a pour titre : *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile, son existence au-dessous de l'âge de cinq ans.* Paris, 25 février 1891.

Le point le plus important de cet intéressant travail consiste dans la relation de vingt et une observations personnelles prises dans le service d'Ollivier. Certains de ces malades ont été observés à cinq, six, huit et même onze ans, et c'est d'après les renseignements que le diagnostic d'hystérie, confirmé par les accidents actuels, a été établi. Mais chez d'autres l'hystérie a été surprise sur le fait.

Par exemple, dans l'observation 1, il s'agit d'un garçon de deux ans et demi qui a eu des convulsions au moment de l'éruption des premières dents ; plus tard, il a des terreurs nocturnes violentes pendant lesquelles il voit des animaux qui le dévorent, et, bien que la lampe soit allumée, il ne reconnaît pas ses parents. Il a aussi des frayeurs inexpliquées pendant le jour, il a peur d'un chien, de son ombre.

L'observation 2 a trait à une fillette de vingt-trois mois qui a des terreurs nocturnes.

1. *Maladies des enfants*, p. 704.
2. Thèse. Montpellier, 22 février 1896, p. 22.
3. *New-York med. journal and obstet.* (Rev. 1882, vol. 26).
4. Thèse. Paris, 10 décembre 1896, p. 60.

L'observation 6 est celle d'une fille de trois ans et demi ayant des terreurs nocturnes et de la chorée.

Dans l'observation 8, un petit garçon de quatre ans et demi a des crises nerveuses avec perte de connaissance. Ces crises auraient commencé il y a deux ans. Il a aussi des terreurs nocturnes et de l'incontinence d'urine. Après huit ou dix jours de traitement par le fer et l'hydrothérapie, il est déjà très amélioré.

Une fille de deux ans (observation 9) a des crises convulsives, sans perte complète de connaissance.

Le sujet de l'observation 10 est une fille très intelligente, âgée de trois ans. Elle a des crises convulsives sans morsure de la langue ni écume aux lèvres; il y a des contorsions des bras, perte de connaissance. Après la crise, l'enfant revient immédiatement à elle.

Une fille de deux ans et demi (observation 12), pendant la convalescence d'une rougeole, éprouve une vive contrariété. Elle est prise alors de sanglots, d'étouffement, au milieu desquels elle perd connaissance pendant quelques minutes, tout son corps étant secoué par un tremblement. Ces crises se sont reproduites depuis lors à tout propos.

Un garçon de deux ans et demi (observation 14), porteur d'une hérédité nerveuse assez chargée, présente des crises assez remarquables. Pendant qu'il est en train de jouer, il se met à marcher à reculons, se met les mains dans la bouche et pousse des cris; on ne peut s'approcher de lui, il cherche à se cacher et ne reconnaît pas ceux qui l'approchent; cela dure trois quarts d'heure. Il a aussi, le jour ou la nuit, des crises pendant lesquelles il se raidit sans se débattre; puis il pousse des cris sans suite exprimant la frayeur ou la tristesse. Cela dure une demi-heure et, quand c'est fini, il appelle sa mère pour se faire embrasser.

Nous n'avons pris, dans la thèse de Burnet, que les observations d'enfants ayant moins de cinq ans au moment où ils ont été présentés à l'examen, et l'on pourrait objecter que, parmi ces cas, certains pourraient bien se rapporter à de l'épilepsie fruste aussi bien qu'à de l'hystérie fruste. Il est fâcheux que Burnet ne se soit pas enquis de l'état de la nutrition de ses petits malades. La vérification de l'inversion de la formule des phosphates n'a pas été faite, au moins à notre connaissance, chez l'enfant. Il serait bon d'en vérifier la valeur à cet âge. Nous

nous empressons du reste de reconnaître qu'il est ordinairement difficile de récolter l'urine des très jeunes enfants.

D'autre part, il faut reconnaître que les sujets des observations citées 12 et 14 (garçon et fille) ont des accidents qui ressemblent singulièrement plus à l'hystérie qu'à l'épilepsie. Du reste, Burnet fait observer que tous ces enfants sont précoces et très intelligents, ce qui éloigne encore l'idée d'épilepsie. L'amélioration par l'hydrothérapie est aussi un argument en faveur de l'hystérie pour le petit garçon de l'observation 8. Enfin, chez certains enfants qui avaient plus de cinq ans au moment où l'observation a été prise, des faits très nets sont venus confirmer le diagnostic d'hystérie, alors que les premiers symptômes étaient les mêmes que ceux présentés par les malades plus jeunes.

Que faut-il conclure de ces faits ?

Il nous semble que si certains faits de la thèse de Burnet peuvent à la rigueur être contestés, d'autres sont parfaitement démonstratifs. De même, le doute ne nous paraît pas possible sur les cas de Gilette, de Pitres, de Comby, de Guyot, d'Isnard et de Conturies. Enfin, nous rappelons l'opinion de Grancher et le cas qu'il a rapporté, et que nous avons cité aux chapitres du pseudo-mal de Pott et des convulsions, d'une fillette, très nettement hystérique à six ans et demi, et qui avait eu des attaques convulsives à dix-huit mois.

Nous pensons donc que l'hystérie peut se manifester au-dessous de cinq ans et même dès les premiers mois de l'existence.

Ces manifestations sont-elles fréquentes ?

Il est impossible de se prononcer sur ce point, parce que les cas publiés ne sont pas assez nombreux, et les formes larvées et frustes ne sont pas assez connues. Aujourd'hui que ces faits sont mis bien en lumière, il est à souhaiter que de nouvelles observations soient publiées pour que les doutes disparaissent.

CHAPITRE V.

Causes de l'Hystérie infantile.

Nous traiterons rapidement ce chapitre, car l'étiologie de l'hystérie est parfaitement indiquée dans les divers travaux

provenant de l'école de la Salpêtrière. Nous nous bornerons à quelques considérations sur ce qui touche particulièrement l'enfance.

En première ligne, il faut inscrire la tare héréditaire.

L'hérédité peut être directe ou indirecte. Charcot et Peugniez ont insisté sur l'influence de l'hérédité sur l'enfance, qui se trouve plus rapprochée des ascendants que l'âge adulte ; d'où la fréquence de l'hystérie similaire chez l'enfant et ce principe que plus l'hystérie débute de bonne heure plus elle est similaire.

A côté de l'hérédité similaire il faut placer l'hérédité de toute la famille névropathique[1], épilepsie, migraine, excitabilité nerveuse, etc.

Certaines diathèses peuvent aussi se transformer. C'est ainsi que Mossé[2] a depuis longtemps appelé l'attention sur l'influence de la goutte. Il rapporte notamment l'histoire d'un garçon de dix ans ayant des attaques hystériformes et une hérédité goutteuse très chargée. Dans le même travail, l'auteur se demande si les hémoptysies hystériques ne reconnaîtraient pas pour cause l'hérédité tuberculeuse qui donnerait ainsi au poumon, *locus minoris resistentiæ* par le fait de cette hérédité, la propriété de *fixer* la névrose. Nous signalons en passant ce fait sur lequel nous aurons à revenir, en rappelant, au chapitre des formes cliniques, les cas de ce genre, cités par Ollivier, si importants à diagnostiquer chez l'enfant.

C'est dans le même ordre d'idées que Grasset[3] a étudié les rapports de l'hystérie avec la scrofule et la tuberculose.

Cette hérédité se manifeste aussi bien à la campagne qu'à la ville, à l'hôpital que dans les classes aisées. Si Baginski dit qu'on la rencontre d'une façon effrayante dans la classe aisée, Charcot insiste sur l'influence de la misère, et Grancher montre combien les enfants sont gâtés et névrosés dans certains ménages d'ouvriers.

Tout héréditaire de ce genre porte donc en naissant sa tache originelle et les manifestations se produiront plus ou moins tard,

1. Déjerine, *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

2. Mossé, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*. Montpellier et Paris, 1883 (*Gazette hebdomadaire*, 1883.)

3. Grasset, *Montpellier médical*, 1884.

selon l'occasion. On naît hystérique, dit Pitres, on ne le devient pas[1].

Une fois l'hérédité constituée, trois causes principales chez l'enfant peuvent faire éclater les accidents : l'éducation, les émotions, la contagion.

L'éducation a une influence primordiale. Que de fois on voit l'hystérie s'installer chez l'enfant en vertu de ce facteur. Au lieu d'envoyer les fillettes nerveuses se coucher de bonne heure après une journée tranquille, certains parents exigeront de cet enfant trop de travail ou trop d'excitation (visites où l'on s'occupe trop des enfants, jeux trop agités, etc.), et le soir les mèneront au théâtre. Que dire de ceux qui, au lieu d'y mener leurs enfants en spectateurs, leur font confier ce qu'on appelle « un petit rôle », ce que l'on voit assez fréquemment dans les ménages d'artistes.

L'abus des histoires effrayantes ou des pratiques superstitieuses constitue encore un de ces vices de l'éducation qui font apparaître souvent l'hystérie chez l'enfant. M. Baratoux[2], cité par Gilles de la Tourette, a donné la relation d'une épidémie d'hystérie qui sévit sur six enfants de la même famille bretonne qu'on avait bourrés à satiété de contes fantastiques dans lesquels les sorciers et les revenants jouaient les principaux rôles. — Des faits identiques ont été mis récemment en lumière par le Dr M. Terrien dans une thèse soutenue devant la Faculté de Toulouse[3]. L'auteur, qui a exercé en Vendée, y a fréquemment rencontré l'hystérie infantile qu'il attribue en partie à des mariages consanguins entre nerveux et alcooliques, en partie aux histoires fantastiques racontées aux veillées devant les enfants.

Le surmenage scolaire est très contesté par Guinon[4].

On connaît assez l'influence de l'émotion sur le développement de l'hystérie. Nous n'y insisterons pas, nous contentant de signaler combien sont dangereuses les frayeurs provoquées chez les enfants. La crainte des examens est un facteur qu'il ne faut pas négliger chez l'écolier[5].

1. *Leç. sur l'hystérie*, t. I, p. 37.
2. Les possédés de Pledran. *Progrès méd.*, 1881, no 33, p. 550.
3. Maxime Terrien, *L'hystérie en Vendée*. Thèse. Toulouse, janvier 1897.
4. Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Th. Paris, 1889.
5. Krafft, Paralysies hystériques provoquées par la crainte des

Quant à la contagion, ses méfaits sont connus et fréquents. On peut les constater chaque fois que sont réunis plusieurs hystériques ou « hystérisables. »

Nous ne pouvons que rappeler ici les nombreuses et intéressantes épidémies du moyen âge; mais, dans quelques épidémies plus récentes, les enfants ont joué un rôle important.

Dans les épidémies de Morzines en 1861, de Pledran en 1881, on voit quelquefois des enfants atteints les premiers[1].

Hirt (de Berlin) rapporte l'histoire d'une fillette de dix ans qui fut, pendant la classe, prise de tremblement suivi de phénomènes convulsifs; plusieurs enfants sont prises à la suite, et, au bout d'un mois, vingt élèves, toutes paysannes robustes, étaient atteintes; à la fin de l'année scolaire, trente-huit fillettes étaient prises. Pas un garçon ne fut pris (l'école était mixte[2]).

Le Marinel cite une épidémie analogue, mais pas aussi importante ni peut-être aussi typique[3].

Une épidémie de chorée rythmique a été relatée par Stoos dans une maison de correction de jeunes filles des environs de Berne. La première atteinte avait treize ans. Dans moins d'un mois, trente-trois jeunes filles furent atteintes. Plusieurs des malades avaient des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie. L'auteur compare cette épidémie aux épidémies de chorée du moyen âge[4].

L'épidémie de Gentilly[5] à forme de tétanie, relatée par J. Simon, et les faits relatés par Armaingaud[6] sont aussi connus depuis longtemps.

examens, *Revue médicale de la Suisse Romande*, mai 1896 (cité par Gilles de la Tourette).

1. Voir, pour plus de détails, P. Richer, *Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épitepsie*, 1885, pp. 851 et suiv.

2. Hirt, Epidémie de contracture hystérique dans une école de village (*Journal de méd. et chir. pratiques*, 10 juin 1893, p. 434, d'ap. *Journal de méd. de Bruxelles*).

3. Le Marinel, Hystérie simulant le rhumatisme (*Journal de méd. et chir. pratiques,* 10 juillet 1895, d'ap. *Journal de méd. de Bruxelles*, nº 20).

4. Stoos, Une épidémie de chorée hystérique (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1896, d'après XXIX *Berithl der Jenner-schen Kinderspitals in Bern*, 1891-1894, p. 34.

5. *Progr. méd.*, 1876, nºs 49 et 50.

6. Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux, dans une école de jeunes filles (*Journ. de méd. de Bordeaux*, décembre 1879).

On trouve dans la thèse d'Aemmer[1] la relation d'une épidémie qui atteignit, dans une école de Bâle, soixante-six fillettes. Dans la classe dont faisait partie la première malade atteinte, et qui comptait quarante-quatre élèves, plus de la moitié fut atteinte.

Palmer[2] rapporte aussi une épidémie de ce genre dans une école et dans la classe des petites filles.

La fréquence de cette cause est une des raisons qui expliquent pourquoi l'on voit l'hystérie infantile se manifester chez plusieurs enfants d'une même famille.

Comme on le voit, les cas de contagion nerveuse sont loin d'être rares dans l'histoire de l'hystérie infantile, et les épidémies d'écoles semblent remplacer de nos jours les épidémies du moyen âge.

Le traumatisme a aussi une influence comme chez l'adulte. Giuseppe Villani a relaté le cas d'un garçon de quinze ans qui eut de l'hystérie manifeste à la suite d'un traumatisme sur le ventre[3]. Ces traumatismes, comme nous le verrons plus tard, peuvent amener des phénomènes d'hystérie locale à l'endroit même qu'ils ont intéressé.

Quelquefois le traumatisme, très léger, n'aura pas éveillé l'attention des parents, qui ne s'en souviendront que lorsque le médecin appellera leur attention sur ce point. Tels deux garçons de dix ans et demi et douze ans et demi, dont Weill a récemment rapporté l'histoire[4].

Des faits d'hystéro-traumatisme sont encore relatés par d'Espine et Picot, dans leur traité des maladies des enfants.

Vibert[5] cite une petite fille de trois ans, qui, à la suite d'un traumatisme léger de la tête, à l'accident de Saint-Mandé, présenta du changement de caractère, des hallucinations et de l'incontinence d'urine, et celui d'un garçon de cinq ans qui, à la suite d'une contusion du front, dans une chute, eut des halluci-

1. Bâle, 1893.

2. Palmer, *Méd. correspondanz blall*, nº 21, 1892.

3. *Riforma medica*, 1896, nºs 208, 209, 210, 211, pp. 686, 700, 711, 712, in *Presse méd.*, 16 décembre 1896, p. 679.

4. Weill, Les traumatismes légers de la tête chez l'enfant (*Lyon médical*, 1893).

5. Deux cas de névrose traumatique chez de très jeunes enfants (*Soc. de méd. légale*, 13 juin 1893).

nations et des troubles de l'appétit. Gilles de la Tourette, Christian et Garnier se demandèrent s'il ne s'agissait pas, dans l'espèce, de lésions cérébrales.

L'onanisme doit-il être incriminé? Il est certain que des enfants, cités surtout par Pitres et par Raymond, ont provoqué des crises d'hystérie en se masturbant; mais l'opinion générale actuelle n'est pas celle qui faisait autrefois des jeunes hystériques des masturbateurs effrénés.

Dans son travail déjà cité, Chaumier incrimine les végétations adénoïdes chez les très jeunes enfants.

Les tentatives d'hypnotisme ou de suggestion ont souvent provoqué, au lieu du but que l'on se proposait, des crises d'hystérie chez de jeunes sujets. C'est ainsi que Boddaert, cité par Pitres, a vu deux jeunes filles de quinze ans avoir des crises à la suite de tentatives de ce genre.

On a signalé, chez des petits garçons, des cas d'hystérie réflexe d'origine préputiale. Isnard[1], dans sa thèse inspirée par Bosc, en rapporte une observation personnelle chez un enfant de dix-huit mois, qui, présentant très nettement de l'astasie-abasie, portait un prépuce très long. Dénucé[2] a rapporté des cas analogues, insistant sur l'état nerveux causé par l'état préputial, et qui disparaissent quand le chirurgien est intervenu.

Les maladies infectieuses peuvent, comme chez l'adulte, être des agents provocateurs de l'hystérie. Isnard rapporte, dans sa thèse citée (p. 14), un cas, d'après Railton, d'un enfant de six ans ayant eu de l'hystérie à la suite de l'influenza. La névrose fut de courte durée et se montra pendant la convalescence. L'enfant n'avait pas d'antécédents héréditaires de nervosisme. Nous avons relaté, au chapitre des troubles psychiques, un cas de délire consécutif à une fièvre typhoïde qui, d'après Comby, devait être rattaché aux prodromes de l'hystérie. Nous ne revenons pas ici sur la tuberculose, dont nous avons placé l'histoire à côté de celles d'autres causes héréditaires.

1. Thèse. Montpellier, février 1896.
2. *Annales de la policlinique de Bordeaux*, 1893.

CHAPITRE VI.

Pronostic.

Le pronostic de l'hystérie infantile peut se réduire à cette formule de Charcot : l'hystérie ne tient pas chez l'enfant à la condition qu'elle soit reconnue et traitée de bonne heure.

Gilles de la Tourette, et les divers auteurs qui ont écrit sur ce point, sont du même avis.

Il est inutile d'insister sur les phénomènes hystériques, arrivant brusquement sous forme d'épidémie d'école ou de famille, et disparaissant dès que la cause est supprimée, non plus que sur les monoplégies arrivant brusquement et disparaissant de même. Les paraplégies plus compliquées peuvent aussi disparaître ; tel un garçon de onze ans, cité par Leick, fut guéri en trois jours d'une paraplégie [1].

Toutefois, il serait imprudent de s'en rapporter aux seules forces de la nature en présence de ces cas, et il faut recourir le plus tôt possible au traitement lorsque l'enfant n'a pas été mis à l'abri par une prophylaxie sévère.

Il faut aussi avoir des craintes lorsque l'hérédité est très chargée. Enfin, il serait intéressant de savoir ce que deviennent plus tard, au point de vue de l'aliénation mentale, les sujets ayant eu des troubles psychiques hystériques dans le jeune âge. L'enquête à laquelle nous nous sommes livré auprès de divers aliénistes ne nous a pas donné de résultats sufffsants, et nous pensons que ce sujet doit être mis à l'étude.

CHAPITRE VII.

Traitement.

Certains points de l'histoire du traitement de l'hystérie infantile sont parfaitement connus ; d'autres, tels que la valeur de la

1. Société de Greiswald (in *Presse médicale*, 1er janvier 1896, p. VI).

suggestion, sont encore discutés. Il est donc inutile, nous semble-t-il, de trop insister sur ce chapitre.

La prophylaxie de l'hystérie commence au moment de la fécondation et elle est celle de toutes les maladies héréditaires. Il est donc inutile, quoique bien intéressant, de philosopher sur les inconvénients aussi nombreux que connus des unions dans lesquelles la question de santé n'est pas placée en première ligne.

Une fois l'enfant venu au monde, il faut le soustraire immédiatement aux influences familiales ou autres que l'on connaîtra facilement en se reportant au chapitre des causes.

Par un renversement complet des lois de la nature, l'enfant issu d'une mère hystérique doit être, autant que possible, éloigné de l'influence maternelle, même de l'allaitement. Il est facile, en effet, de juger par la pratique avec quelle facilité une mère hystérique qui allaite son enfant lui transmet, à la moindre occasion, ses aptitudes spéciales aux manifestations nerveuses.

Mais ici se place une grosse difficulté. Comment se faire obéir d'une mère qui juge et qui désire avec un caractère d'hystérique? Le médecin devra faire appel à son tact, à la persuasion, aux menaces, et surtout se ménager des intelligences dans la place et agir au bon moment. Ce n'est pas facile. Il ne faut jamais oublier que l'hystérie est une maladie psychique et doit être traitée comme telle, au moins dans la seconde enfance. Ce traitement ne peut avoir, bien entendu, de valeur dans la première période de la vie.

Gilles de la Tourette (t. III, pp. 440 à 462) a magistralement exposé la manière de soustraire la fille ou le garçon à la mère ou au père (selon que l'un ou l'autre est hystérique), les avantages de l'internat bien compris pour les garçons, l'utilité des périodes de repos à la campagne, le rôle et les qualités du médecin, les avantages et les inconvénients, selon le milieu, de certains retours à la vie familiale, les dangers des séances de spiritisme, les inconvénients de présenter sous un jour faux et trop éclatant, aux fillettes, certains phénomènes tout naturels, tels que la première menstruation, l'utilité de l'isolement relatif auprès d'un gardien ou d'une institutrice intelligente, les dangers imaginaires du surmenage intellectuel, la surveillance et la modération pour les arts d'agrément et la danse, etc. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à ces excellentes pages, que

nous ne pouvons ni analyser, vu leur importance, ni recopier complètement.

Si cette prophylaxie n'a pas été employée ou si l'hystérie se manifeste malgré elle, que faut-il faire?

C'est la suggestion qui doit être employée de préférence contre cette maladie essentiellement psychique. Charcot en a bien démontré le mécanisme : « Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, lui disait une fillette qu'il venait de guérir, par l'isolement, d'une anorexie qui allait probablement la conduire à la mort, j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse; et comme j'avais horreur de manger, je ne mangeais pas. Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur, et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger, et cela est venu peu à peu. » Gilles de la Tourette, apres avoir rapporté ce fait, demande « où trouver un plus bel exemple d'auto-suggestion et de suggestion extrinsèque s'exerçant chez une hystérique dans deux sens diamétralement opposés. »

C'est par la suggestion que fut guérie cette enfant dont parle Fradis [1] qui présentait des contractures et du mutisme. Claus et Jacobs, d'Anvers [2], attribuent à la même cause la guérison d'une fillette atteinte de douleurs vives. Nous citons ces cas parce qu'ils sont récents et ont trait à de jeunes enfants; mais les exemples sont nombreux.

La suggestion doit donc être largement employée et variée selon les circonstances. Tout le monde est d'accord sur son utilité lorsqu'on l'exerce à l'état de veille; mais l'accord est loin d'être aussi complet lorsqu'il s'agit de la suggestion pendant le sommeil hypnotique provoqué.

Il serait long et difficile de reproduire ici tous les éléments de la discussion. Nous nous bornerons à signaler le fait, attendant, pour avoir une opinion ferme, que la discussion soit close.

En effet, si Bernheim, Voisin, Berillon, Terrien (thèse citée de Toulouse) ont obtenu de bons résultats, la plupart des auteurs recommandent la plus grande réserve. Depuis Gilles de la Tourette, qui dit que l'hypnotisme est un paroxysme avec ses in-

1. Fradis, *Dietskapes medizina*, nº 3, 1896, in *Journal de clin. et thérap. infant.*, 9 juillet 1896.

2. Claus et Jacobs, *Belgique médicale*, in *Journal de clin. et thérap. infant.*, 12 mars 1896.

convénients, et que le médecin provoque souvent une attaque au lieu d'atteindre son but, jusqu'à Thomas (de Genève), qui l'emploie dans certains cas avec succès, mais recommande de ne le faire qu'en présence des parents, il y a toute une gamme d'appréciations diverses sur lesquelles nous n'avons pas à nous prononcer.

Clopatt dit qu'on peut l'employer avec « moins de scrupules » dans la forme convulsive que dans l'hystérie sans attaque. D'Espine et Picot le considèrent comme mauvais.

Laissant donc de côté la question de l'hypnotisme provoqué, nous insisterons sur la valeur de la suggestion à l'état de veille.

Mais pour que cette suggestion puisse avoir toute sa valeur, il faut qu'elle soit secondée par l'isolement. « Consciemment, dit P. Blocq, dans son travail sur l'hystérie maniaque, le petit hystérique cherche à attirer l'attention. Il est heureux qu'on s'occupe de lui et exagère, au besoin, les signes de son affection. Inconsciemment, il est extrêmement impressionné par tout ce qu'il entend dire autour de lui. » D'où la nécessité absolue de soustraire l'enfant à son milieu. Inutile d'insister sur l'importance de l'isolement dans les formes épidémiques.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de certaines formes spéciales (orthopédie dans les contractures pour éviter les rétractions fibro-tendineuses, etc.), sur l'inutilité des traitements chirurgicaux dans beaucoup d'accidents de contracture et leur utilité dans d'autres, tels que le phimosis, non plus que sur la valeur de l'hydrothérapie, de la valériane, de l'électricité dans certains cas, des toniques, ces divers points n'étant pas particuliers à l'enfance.

Le traitement de l'hystérie infantile se résume donc dans une prophylaxie sévère, une hygiène parfaite, l'hydrothérapie, la valériane et surtout la suggestion à l'état de veille et l'isolement.

CHAPITRE VIII.

Diagnostic.

A mesure que l'on a découvert la simulation de telle ou telle maladie de l'enfance par l'hystérie, on a fait des efforts pour

enrichir le chapitre du diagnostic, ce qui n'a pas toujours été facile.

Tout d'abord, il est juste de reconnaître que le mérite a été grand des auteurs qui ont appelé l'attention sur ces diverses simulations, et c'est déjà un grand service qu'ils ont rendu, pour la pratique journalière, que d'avoir mis notre attention en éveil. Nous sommes maintenant, en présence de nos malades, dans la situation avantageuse de l'homme averti.

Mais il ne faudrait pas cependant nous laisser aller à une fausse sécurité, car, dans bien des cas, les difficultés sont grandes, et il arrivera souvent que la réussite du traitement sera le seul moyen de faire un diagnostic tardif, mais sûr.

Avant de reprendre chacune des formes étudiées et de les distinguer des affections similaires, rappelons-nous que l'école de la Salpêtrière a posé une série de règles qui permettent assez fréquemment de faire un diagnostic certain. Nous allons repasser directement, avant tout, l'ensemble de ces règles, de façon à ne pas avoir à y revenir séparément à l'occasion de chaque maladie.

Tout d'abord, il faut rechercher les stigmates : zones hystérogènes et frénatrices, zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, rétrécissement du champ visuel, influence des traumatismes, inversion des phosphates indiquée par Gilles de la Tourette et Cathelineau, persistance des réflexes organiques, action de la suggestion, échec du bromure, enfin et surtout les crises bien nettes et bien complètes. On sera quelquefois éclairé par la marche du symptôme (apparition ou disparition brusque).

Mais si ces recherches sont en général faciles chez l'adulte, elles sont entourées, chez l'enfant, de grosses difficultés matérielles. Souvent, en effet, nous serons très mal renseignés sur l'hyperesthésie, qui sera cependant parfois révélée par les cris ou les soubresauts, et surtout sur l'anesthésie, qui réclame une plus grande participation du malade. La recherche du rétrécissement du champ visuel est loin d'être facile avec des enfants indociles. La récolte des urines chez les enfants très jeunes est souvent impossible. La suggestion, au moins la suggestion hypnotique, est souvent inapplicable à l'enfant. Enfin, nous savons que chez l'enfant l'hystérie est très fréquemment monosymptomatique ; l'on est obligé de faire le diagnostic par la

manifestation elle-même, et alors il est hérissé de difficultés.

Nous allons, pour plus de clarté, suivre exactement le même ordre que nous avons suivi pour l'étude des formes.

Attaque convulsive. — Rien n'est plus net qu'une attaque se présentant avec les diverses phases indiquées par Charcot, notamment quand l'arc de cercle est bien caractérisé. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous dirons tout de suite que la grosse difficulté consiste à diagnostiquer un accès d'épilepsie vraie d'une attaque hystérique dans laquelle certaines phases sont sautées et où prédomine la phase épileptoïde. Le diagnostic sera souvent très difficile, surtout étant donné que, chez l'enfant, les deux névroses peuvent se présenter dans leurs formes larvées ou incomplètes. Gilles de la Tourette donne le parallèle suivant :

Attaque d'hystérie.	**Accès d'épilepsie.**
Survient le jour, l'après-midi, la soirée. Précédée des phénomènes de l'aura ; le malade prend ses dispositions pour subir son attaque. Pas de cri initial. Cris très violents et répétés dans la deuxième période.	Survient la nuit ou dès le matin, aura le plus souvent appréciable, chute subite dans la rue, dans le feu, etc., en poussant un cri.
Identité des phénomènes objectifs de la première période dite pour cela épileptoïde, avec l'accès tout entier d'épilepsie. Mais pas de morsure de la langue, pas d'urination ou de défécation involontaire.	L'épileptique se mord la langue et urine involontairement.
La connaissance commence à revenir avec la deuxième période dite des grands mouvements.	La perte de connaissance est absolue pendant toute la durée de l'accès ; les secousses de la phase classique de l'accès ne sauraient être comparées aux grands mouvements de la deuxième période de l'attaque.
La troisième période est remarquable par ses attitudes passionnelles représentatives d'un rêve.	Pas d'analogie dans l'accès.
Le délire de la quatrième période est jusqu'à un certain point raisonné ; on peut parfois le diriger en parlant au malade.	Le délire qui survient chez quelques épileptiques après l'accès est une impulsion brutale, irraisonnée, souvent homicide.
L'attaque dure une demi-heure.	L'accès dépasse rarement cinq à dix minutes.
L'attaque terminée, le malade recouvre immédiatement sa vigueur physique et intellectuelle. Il ne reste de la courbature que si les grands mouvements ont été très violents ; c'est un pur accident.	Aussitôt après l'accès, torpeur et abrutissement ; tendance presque invincible au sommeil ; courbature constante, douloureuse, durant parfois vingt-quatre heures, même après les petits accès ; sugillations fréquentes de la région cervicale.

Chimiquement : l'attaque se juge par l'abaissement du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des sulfates, des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

Chimiquement : l'accès se juge par l'élévation du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des sulfates, des phosphates, sans inversion de la formule de ces derniers.

Ajoutons à ce parallèle que, dans l'état de mal, qui est du reste exceptionnel chez l'enfant, Bourneville a démontré qu'il y avait toujours élévation considérable de la température pour l'épilepsie avec pronostic grave quand elle se maintenait à 40° et au-dessus, tandis que l'hystérie arrivait à peine de 37°,8′ à 38°,2′ dans les plus grands paroxysmes.

Enfin, J. Simon recommande de bien s'informer du caractère de l'enfant et surtout de sa manière d'être à l'école. L'hystérique sera ordinairement actif, remuant, intelligent, apprenant vite, surtout les arts d'agrément ; l'épileptique sera plutôt inintelligent et apathique. Le même auteur recommande aussi de rechercher le mode d'éducation, les influences éloignées ou rapprochées, les grandes émotions, plus favorables à l'éclosion de l'hystérie qu'à celle de l'épilepsie. L'épilepsie s'accentue et se répète souvent de la même façon ; l'hystérie est plus fugace. Il faut aussi rechercher les traumatismes même légers comme dans les cas déjà cités de Weill.

Est-il bien nécessaire d'établir le diagnostic entre la crise convulsive de l'hystérie et celle de l'éclampsie ? Nous avons suffisamment insisté sur la valeur des convulsions et assez discuté leur rôle dans le début de l'hystérie pour n'avoir pas à y revenir ici ; il sera toujours bon de se souvenir, avant de prononcer le mot d'hystérie, que les indigestions, les maladies infectieuses, et presque toutes les affections de l'enfance peuvent présenter des convulsions comme symptômes.

Chorées. — Nous savons que certaines formes de chorées sont franchement de nature hystérique ; nous n'avons donc pas de diagnostic à faire pour celles-là. Quant à la chorée de Sydenham, nous avons déjà dit qu'elle se rattachait aussi dans beaucoup de cas à l'hystérie. Il n'y a donc pas grand intérêt à insister sur un diagnostic qui se fait par les stigmates.

Toux spasmodique. — L'auscultation, l'examen laryngoscopique, l'examen du pharynx lèveraient vite les doutes dans les cas

de lésions organiques de l'arbre respiratoire ou de végétations adénoïdes. Mais c'est surtout dans les cas de ce genre que l'attention du médecin doit être en éveil.

Le diagnostic sera rendu singulièrement plus difficile lorsque la toux s'accompagnera d'hémoptysies de nature hystérique, comme dans les cas d'Ollivier, qui recommande de rechercher les antécédents et particulièrement l'apparition subite à la suite d'une émotion. Ce fait a une grande importance, surtout dans les cas où le petit malade a des antécédents héréditaires tuberculeux ; quant au diagnostic avec la coqueluche, on se souviendra que la vraie coqueluche donne lieu à des quintes aussi bien le jour que la nuit, tandis que la fausse semble en donner surtout le jour.

Enfin, dans certains cas d'hystérie monosymptomatique, il faudra se contenter des signes négatifs du côté de l'appareil respiratoire. C'est ainsi que procéda Moscowitz[1] pour une fille de douze ans, anémique, bien nourrie (fille d'un médecin). Elle toussait seulement le jour et sa toux avait un timbre spécial; malgré l'absence de stigmates, cette toux fut considérée comme hystérique, à cause de l'intégrité absolue des poumons et du larynx.

Hoquet, renaclement, reniflement. — Ces phénomènes très nets sont d'un diagnostic facile. Leur fréquence dans l'hystérie fera facilement faire le diagnostic de la cause surtout quand les antécédents seront manifestes.

Bégaiement. — L'apparition brusque, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, surtout d'une crise bien nette, ne permettront pas de douter de la nature du bégaiement hystérique.

Chorée électrique. — Nous pouvons dire de la chorée électrique ce que nous avons dit de la chorée de Sydenham, sa nature franchement hystérique ne faisant pas de doute pour beaucoup de neurologistes.

Nous ne pensons pas avoir à insister ici sur le diagnostic avec la maladie des tics convulsifs, qui, dans les cas difficiles, ne peut

1. Moscowitz, *Pester med. chir. Presse*, nº 23, 1893, in *Jurb. f. Kinder Heilkunde*, 1894.

être fait, d'après Guinon, que par la réussite du traitement vomitif dans la chorée électrique.

Pseudo-épilepsie partielle. — Ballet et Crespin donnent comme caractéristique de l'épilepsie partielle hystérique l'absence de paralysie des membres convulsés, le nombre très considérable d'attaques sans déchéance cérébrale. Dans les cas d'origine organique, cette déchéance et même la mort arrivent après un nombre d'attaques beaucoup moindre. Enfin, les malades présentent presque toujours des stigmates. Le malade d'E. Nogués avait des points hystérogènes. Un petit malade cité par Charcot eut en sa présence une attaque avec arc de cercle qui fit réformer le diagnostic de lésion cérébrale porté par le médecin traitant [1].

Paralysies. — Les paralysies hystériques sont surtout difficiles à diagnostiquer lorsqu'elles simulent telle ou telle affection déterminée. Nous y reviendrons donc plus loin au sujet de chacune de ces affections.

Contractures et spasmes. — La même réflexion s'applique aux contractures et aux spasmes. Nous avons cependant signalé certaines formes qui doivent nous arrêter un instant.

La tétanie, facile à diagnostiquer en tant que symptôme, peut être due à d'autres causes que l'hystérie. Nous ne pouvons revenir ici sur les discussions qui ont eu lieu au Congrès de Rome au sujet de cette pathogénie qui dirigera le traitement. Nous nous bornerons à rappeler que Comby [2] a signalé, à ce Congrès, la rareté de la tétanie en France, que Gilles de la Tourette insiste sur la grande fréquence de sa nature hystérique, et que l'examen du petit malade et de ses antécédents permettra facilement de voir s'il y a lieu d'incriminer une origine rachitique ou gastrique [3].

Dans les cas, comme celui de Moizard, où une contracture des muscles de la paroi abdominale simulera une tumeur de la

1. *Leç. sur les mal. du syst. nerv.*, t. III, p. 90.
2. *Médecine moderne*, 11 avril 1894.
3. Voir, pour une étude plus approfondie de la tétanie, la Revue générale du Dr R. Romme : « La tétanie chez les enfants » (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, novembre 1896, p. 526).

cavité, l'examen sous le chloroforme lèvera rapidement les doutes.

Astasie-abasie. — Le fait de ne pouvoir se tenir debout, tandis que les mouvements des membres inférieurs sont faciles, le malade étant couché ou assis, constitue une caractéristique suffisante. Il ne pourrait y avoir de difficulté que si le malade ne voulait pas se prêter à l'examen ou s'il était simulateur.

Troubles digestifs. — Ces phénomènes ne sont pas très fréquents chez l'enfant et leur diagnostic est souvent difficile, surtout si l'on n'est pas prévenu.

L'anorexie hystérique est l'apanage des jeunes filles de douze à vingt ans, dit Gilles de la Tourette. C'est un signe pour lequel on peut être facilement trompé, surtout si les malades mangent en cachette, prennent des médicaments qui leur coupent l'appétit, veulent se rendre intéressants, C'est dans ce cas que l'entourage peut aider par sa surveillance le médecin qui devra s'emparer avec tact de son malade.

Les crises de gastralgie de nature hystérique sont très fréquentes chez les enfants, tandis que les lésions organiques de l'estomac ou donnant lieu aux mêmes symptôme sont très rares. Quant aux crises de gastralgie ataxique, elles n'ont jamais, à notre connaissance, été signalées chez l'enfant.

Les vomissements hystériques surviennent dès que le malade a mangé et sont tenaces. Les lésions organiques donnant lieu aux mêmes symptômes sont rares chez l'enfant et s'accompagnent d'autres symptômes, tandis que l'hystérie a plus facilement l'aspect monosymptomatique.

Le diagnostic peut être plus difficile lorsque l'hystérie intestinale simule l'iléus, comme dans le cas cité de Rosenstein ; mais, dans ce cas, le malade avait eu des crises convulsives,

Enfin, les faits simulant l'appendicite ne sont pas encore assez nombreux ni assez connus chez l'enfant pour que nous puissions établir les règles générales du diagnostic.

Troubles trophiques, atrophies musculaires. — Nous n'insisterons pas sur la valeur diagnostique de l'atrophie musculaire en général, nous réservant d'y revenir dans les cas où elle joue un rôle plus important.

L'urticaire hystérique, signalée chez l'enfant par Ollivier, ne peut pas, par sa forme, indiquer son origine. Ce ne sera donc que par les moyens généraux de diagnostic que l'on pourra se conduire.

Les œdèmes hystériques ont des allures qui les font rapidement distinguer des autres, ces derniers étant du reste assez rares chez l'enfant.

Les lésions gangréneuses de la peau se rencontrent chez l'enfant à la suite de certains états infectieux ou du zona gangréneux, mais alors ces antécédents sont faciles à retrouver [1].

Hémorragies. — Nous avons indiqué plus haut les moyens diagnostiques pour les hémoptysies accompagnant la toux hystérique. Les autres hémorragies sont rares dans l'enfance et seront diagnostiquées par l'examen des organes soupçonnés atteints.

Pseudo-angine de poitrine. — Cette manifestation, rare dans l'enfance, se diagnostique facilement, étant donné que les causes d'angine vraie n'existent pas à cet âge.

Mutisme. — Aphonie et netteté de l'intelligence sont deux signes qui permettent, par leur réunion, de faire le diagnostic. L'axamen laryngoscopique l'éclairera très souvent.

Troubles circulatoires. — Les palpitations organiques révèlent leur nature par l'auscultation du cœur. Quant aux intermittences cardiaques chez l'enfant, certaines d'entr'elles nous semblent, comme nous l'avons dit, relever de l'hystérie. Nous manquons de documents précis; mais si le fait était démontré, il y aurait lieu de rechercher les moyens de diagnostiquer ces intermittences de celles d'origine organique, que l'organe atteint soit le cœur, ou un ganglion comprimant les filets nerveux, ou l'estomac dilaté, etc.

Tremblements, — Il serait un peu long de reprendre ici l'histoire des divers tremblements que peut simuler le tremblement hystérique. Nous nous bornerons à rappeler que les affections

1 Gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. Caillaud (*Rev. mens. des mal. de l'enf.* janvier et mars 1897).

qui les causent sont rares dans l'enfance, tandis que l'hystérie est fréquente[1].

Pseudo-arthrites. — Les cas que nous avons signalés d'après Le Marinel, et qu'il attribue à l'hystérie, furent ainsi qualifiés à cause de leur aspect épidémique. Nous ne discuterons pas ce diagnostic; nous rappellerons seulement que dans les arthralgies hystériques on rencontre des zones d'hyperesthésie autour de la jointure, souvent des contractures. Le diagnostic est souvent très difficile, surtout quand il y a des atrophies musculaires. Nous y reviendrons au sujet de la pseudo-coxalgie.

Athétose. — Dans le cas que nous avons signalé, il existait d'autres signes d'hystérie. En général, l'athétose n'existe guère chez l'enfant que dans l'hémiplégie spasmodique infantile.

Troubles psychiques. — Les troubles psychiques simples qui constituent le caractère hystérique ne prêtent guère à l'erreur; tout au plus pourrait-on prendre pour des préludes d'hystérie quelques petits défauts du caractère. Il n'en sera pas moins avantageux de prévenir l'entourage afin d'éviter des troubles plus profonds.

Le mensonge est assez fréquent chez l'enfant. En dehors du mensonge hystérique, les travaux de Bourdin, de Motet, de Fournier, de Legrand du Saulle, etc., nous enseignent qu'il y a des enfants menteurs par badinage, par imitation, par intérêt, sur les conseils ou dans la crainte des parents, par désir de nuire, par inconscience, par hallucination. Le tact du médecin servira de guide dans chaque cas particulier, en tenant grand compte des autres manifestations présentées par l'enfant ou par ses ascendants.

Les formes délirantes seront facilement distingués du délire dés maladies aiguës par les antécédents.

M. Coulon[2] a relaté le cas d'une fillette de six ans qui présentait un état d'excitation mentale ressemblant un peu à certaines formes délirantes de l'hystérie. Il s'agissait, dans l'espèce,

1. Voir, à ce sujet, Delmas, *Tremblement hystérique (Journal de méd. de Bordeaux*, 1894).

2. Coulon, Alcoolisme chronique chez une enfant de six ans *(Médecine infantile*, 15 novembre 1895, p. 638).

d'une enfant que ses gardiens avaient habitué à boire du cognac. Ici les aveux de l'enfant rendirent le diagnostic facile.

Jules Simon a souvent insisté sur cet état qu'il appelle l'irritation cérébrale et qui se manifeste par de petites attaques épileptiformes, une agitation perpétuelle : l'intelligence est conservée, mais le petit malade est incapable de l'utiliser ; il n'a pas de mémoire, il est capricieux, colère. Cet état aboutit, si on ne le soigne pas, à l'épilepsie ou à la sclérose cérébrale. Il est tributaire, comme traitement, de l'isolement, du bromure à assez fortes doses, de l'iodure. Cet état, qui ressemble assez aux troubles psychiques simples de l'hystérie, s'en distingue par l'intelligence moins vive et aussi par la réussite du bromure.

Voici du reste les caractères distinctifs de ces deux états, que M. Jules Simon a bien voulu nous tracer lui-même dans une note spéciale : « L'irritation cérébrale, qui existe soit seule, soit associée à la sclérose, se manifeste chez les très jeunes enfants, de quelques mois à deux ans. La caractéristique est une excitation permanente, même en dehors des causes externes. Le bébé regarde, voit, touche, puis meut sa tête, son cou, son tronc, ses membres pour chercher à regarder, voir, étudier un nouvel objet, et revient au précédent sans avoir rien appris. C'est pour ce motif qu'il est en quête de se livrer à de nouvelles études. Il a cependant la mémoire auditive bien supérieure à la mémoire visuelle. J'en ai vu qui retenaient, à l'âge de six mois, des modulations, seules capables de les calmer. Donc, intelligence (entendement) vive, et point ou peu diminuée. En chemin de fer, à l'âge de dix-huit mois, ils s'asseoient sur les genoux du premier venu. Volonté impulsive, accompagnée d'entêtement tenace. La sensibilité physique est grande, et la motricité, sans atrophie, est conservée dans l'agitation constante. Quand il existe une lésion encéphalique concomittante, la paralysie, plus ou moins accusée, ne dépend pas de l'irritation, mais bien de la lésion. En somme, dans l'irritation cérébrale, les cellules sont surchargées d'excitation et se gouvernent sans harmonie ; c'est un état confédéré en révolte, sans gouvernement. — Le bromure réussit.

« L'hystérie naissante apparaît ordinairement plus tard, de sept à quinze ans. L'intelligence est vive, l'imagination intense ; il y a de la précocité avec tendance invétérée au mensonge et à la comédie. La sensibilité morale est exquise et se manifeste à

l'occasion de causes extérieures sous forme de joie, de douleur, de désespoir en disproportion avec ces causes. La volonté est faite d'entraînement et d'indécision. Les émotions s'accompagnent de tendance à l'oppression post-sternale. La sensibilité physique présente de l'hyperesthésie irrégulièrement disséminée. — Il n'y a pas d'agitation ; il y a tantôt sentiment de fatigue, tantôt résistance extraordinaire. En somme, perturbation morale et physique, nullement accompagnée de cette agitation permanente de l'irritation cérébrale.

« Dans l'irritation cérébrale, la source du mal est dans l'encéphale. C'est un organe trop sensible qui dissémine son influx d'une façon permanente. Sans doute les causes externes (lumière, bruit, chaleur, froid) peuvent en augmenter les effets, mais dans l'isolement, la nuit, l'irritation se traduit par des mouvements inconsidérés. — La petite hystérique marche, se présente comme une *madame*. Elle raconte son cas avec un grand luxe de détails et des expressions empruntées aux adultes. Ici ce n'est pas une excitation pure, unique, c'est une perversion. C'est un *mensonge* moral et physique. — L'hydrothérapie et le valérianate réussissent. »

« Il ne faut pas confondre, dit Gilles de la Tourette, l'état mental des jeunes hystériques avec celui de ces petits êtres dégénérés, vicieux, méchants pour leurs parents, martyrisant leurs petits frères ou sœurs, les animaux domestiques, intraitables, à crises de colère revenant d'une façon périodique, chez lesquels cependant l'hystérie peut éclore concurremment avec les stigmates de la dégénérescence mentale. Chez eux l'hystérie peut guérir ; mais ce qui ne guérira pas, c'est leur perversion d'esprit. Ces petites filles, qui toutes jeunes étaient déjà exhibitionnistes, recherchaient la société des petits garçons, les entraînaient dans des endroits écartés pour les pervertir, alors qu'elles-mêmes ne connaissaient physiquement rien de la perversion, qui plus tard quittent leur famille en la volant, courent les aventures et échoient enfin en cour d'assises en compagnie d'êtres de leur espèce ; ces sujets, disons-nous, peuvent bien avoir des attaques de nerfs ; mais ce qui domine le fond immuable, c'est la dégénérescence mentale. Et pourtant combien de ces cas ne sont-ils pas étiquetés purement et simplement hystériques ! »

Peut-on confondre le délire hystérique des enfants avec l'excitation maniaque ? A l'exception de Moreau (de Tours) qui dit que la manie se rencontre chez l'enfant plus souvent qu'on ne le pense [1], la plupart des auteurs disent, au contraire, qu'elle est rare à cet âge [2]. Cette rareté opposée à la fréquence des troubles psychiques dans l'hystérie infantile constitue déjà un élément diagnostique. De plus, l'agitation maniaque est constituée ordinairement chez l'enfant par un paroxysme violent, mais illogique et de courte durée, et qui se distingue aussi du délire avec hallucination du petit hystérique qui voit des animaux, grimpe le long du bras du médecin qu'il prend pour la corde du gymnase, etc.

A propos du petit malade qui fait le sujet de la leçon du mardi 21 février 1888, Charcot dit : « Les accès sont des accès délirants post-convulsifs et qu'on pourrait comparer jusqu'à un certain point aux accès qui suivent les attaques d'épilepsie. Seulement, dans les attaques d'épilepsie, il y a de la violence ; mais il faut savoir que l'hystérie répète tout ce que fait l'épilepsie... Dans certaines attaques hystéro-épileptiques, vous avez aussi le délire post-hystérique ressemblant au délire post-épileptique. »

Comme on le voit, le diagnostic entre le délire post-épileptique et le délire post-hystérique est loin d'être toujours facile, et ce n'est pas sur ce signe qu'il faut compter pour simplifier le diagnostic, souvent si difficile de par ailleurs entre les deux névroses ; on peut dire cependant que, dans les cas types, le délire épileptique est fait d'impulsion et de violence, le délire hystérique est fait d'hallucinations.

Attaque de sommeil. Hypnotisme. Somnambulisme. — Assez rare chez l'enfant, l'attaque de sommeil se distinguera, comme chez l'adulte, de la syncope et de la mort apparente.

D'après ce que nous avons dit au chapitre des formes, le somnambulisme doit être considéré comme une des phases de l'atta-

1. Moreau (de Tours), *La folie chez l'enfant*, 1888, p. 294.
2. Voir, à ce sujet : Voisin, *Maladies mentales et nerveuses*, 15e leçon, 1883, p. 199. — Régis, *Manuel pratique des maladies mentales*, 1893, p. 340. — On trouvera aussi des renseignements à ce sujet dans le chapitre historique de la Thèse de Gaubert (Toulouse, avril 1891), écrit sous la direction du Dr V. Parant.

que d'hystérie. Ce diagnostic sera donc facile lorsque l'attaque aura été nette, et même, lorsque les autres phases auront été plus ou moins sautées, il est difficile de confondre le somnambulisme avec autre chose. Deux questions cependant doivent être résolues : la simulation, pour le somnambulisme surtout; la simulation et l'épilepsie, pour l'automatisme ambulatoire.

Peut-on s'assurer que l'enfant qui a du somnambulisme, sans autre manifestation hystérique, n'est pas un simulateur? En général, l'enfant ne saura simuler que grossièrement, et dans tous les cas, certains phénomènes, l'anesthésie par exemple, ne peuvent être simulés.

Quant au diagnostic entre l'automatisme ambulatoire hystérique et épileptique, il est, dans beaucoup de cas, presque impossible. Dans les cas faciles cependant, la fugue sera précédée ou suivie d'une attaque, chez l'hystérique. Pitres, dans une de ses leçons, se base, en dehors des stigmates, pour faire de son malade un hystérique, sur ce fait que la fugue est précédée, pendant plusieurs jours, de troubles psychiques; le sujet devient triste, il a des rêves qui le poussent à partir. Chez l'hystérique, la fugue n'est qu'un accès de somnambulisme; au réveil, le malade a tout oublié, mais il est hypnotisable, et si on peut l'hypnotiser, il se souviendra de ce qu'il a oublié à l'état de veille[1].

C'est dans le même ordre d'idées que Gilles de la Tourette dit : « L'épileptique ambulatoire est beaucoup plus impulsif dans un sens fâcheux que l'hystérique. » Il y a plus de brusquerie dans le départ de l'épileptique, plus de violence dans les actes qui accompagnent la fugue. Chez l'hystérique, il y aura cette anesthésie totale si importante pour Gilles de la Tourette, qui se demande cependant si on ne peut jamais la trouver dans l'automatisme épileptique.

Malheureusement, les formes sont loin d'être toujours aussi nettes, et le doute persistera longtemps tant qu'on n'aura pas de signes révélateurs de l'une ou de l'autre névrose. Enfin, il est bon de ne pas oublier que l'automatisme ambulatoire peut survenir chez des sujets qui ne sont ni hystériques ni épileptiques[2].

1. Pitres, *L'automatisme ambulatoire et ses rapports avec l'épilepsie.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1895. — Victor Parant, *ibid. Les impulsions irrésistibles des épileptiques.*
2. Pitres, *Leç. clin. sur l'hystérie*, t. II, p. 507.

Pseudo-coxalgie. — La coxalgie hystérique est une des affections que nous avons vu donner le plus souvent lieu à des erreurs de diagnostic. C'est à Brodie que revient l'honneur d'avoir le premier signalé cette affection. Dans les cas faciles, l'examen de l'articulation sous le chloroforme donne des signes certains de coxalgie vraie, tandis que dans la coxalgie hystérique le signe certain sera la douleur vive due à l'hyperesthésie de la peau de la région.

Nous n'insisterons pas sur les causes d'erreurs qui peuvent résulter d'une pseudo-coxalgie apparaissant chez un tuberculeux ou d'une coxalgie vraie survenant chez un hystérique avéré.

Comment peut-on, dans les cas difficiles et en dehors de tout stigmate bien entendu, établir le diagnostic par l'examen du syndrome coxalgique ?

Sergiu[1] rapporte un cas dans lequel il existait des stigmates non douteux d'hystérie.

Alexandroff (de Moscou)[2] appelle l'attention sur un groupement de symptômes précoces qui se manifestent dans la coxalgie vraie chez l'enfant : la douleur est insignifiante, mais l'enfant ménage instinctivement son membre, d'où une légère claudication. Plus tard, des douleurs surviennent au genou. L'enfant a des réveils brusques causés par des douleurs au genou ; puis survient de la gêne dans les mouvements de la cuisse, particulièrement dans l'extension excessive. Il y a hypertrophie du tissu graisseux, ce que l'auteur considère comme un phénomène constant et très précoce de la tuberculose coxo-fémorale. Contrairement, les os et les muscles de tout le membre subissent une dégénérescence spéciale. L'auteur a imaginé un compas analogue à celui de Weber pour apprécier l'épaisseur de la couche de graisse et de l'effort nécessaire pour la pincer.

Nous n'avons pas été à même d'employer ce procédé et nous ne pouvons, par conséquent, l'apprécier.

Le tableau suivant indique les principaux éléments du diagnostic dans les cas classiques :

1. Coxalgie hystérique (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, sept. 1891, p. 386.)

2. *Dieskaja medicina*, nº 5, 1896, in *Journal de clin. et thérap. infantile*, 26 novembre 1896, p. 974.

Coxalgie vraie.	Coxalgie hystérique.
Début lent. (Voir les signes indiqués par Alexandroff ci-avant.)	Début ordinairement brusque, portant d'emblée les signes à leur maximum, souvent après un traumatisme.
Douleurs spontanées presque nulles.	Douleurs spontanées fortes, souvent très vives.
Douleur vive à la pression.	Douleur nulle à la pression, sauf dans les cas où l'hyperesthésie gagne jusqu'à l'articulation.
Peau insensible.	Hyperesthésie cutanée très vive : la zone hyperesthésique a la forme d'un triangle dont le sommet est à la racine des bourses ou au mont de Vénus et dont la base contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique. (Gilles de la Tourette.)
Localement : gonflement, rougeur, chaleur, fixes et constants.	Mêmes signes mobiles et fugaces.
Marche continuelle.	Intermittences et récidives.
Adénopathie inguinale.	Pas d'adénopathie.
Atrophie musculaire localisée.	Atrophie musculaire souvent très étendue.
Attitude toujours la même.	Attitude pouvant varier.
Au moment du réveil chloroformique, les douleurs apparaissent des parties profondes vers la peau.	Dans la même circonstance, l'apparition de l'hyperesthésie se fait en sens inverse.

Lorsque ces divers signes existent, réunis ou séparés, surtout le signe de Brodie, le diagnostic est facile pourvu que le médecin pense à les rechercher. Mais nous ne saurions trop répéter que les causes d'erreur sont nombreuses : contractures dues à une arthrite éloignée, du pied, par exemple (Cazin), atrophie existant dans les deux cas (Chauffard, Charcot et Babinski); et même, quoique plus rarement, craquements synoviaux et articulaires de nature hystérique[1]. Il y a là, on le voit, des difficultés nombreuses sur lesquelles on ne saurait trop attirer l'attention. Nous avons insisté à ce sujet au Congrès de Bordeaux[2].

1. Voir, à ce sujet, Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. II, p. 517.

2. Bézy, *Sur quelques causes d'erreur dans le diagnostic de certaines affections du membre inférieur chez l'enfant*. (Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, 1895, section de pædiatrie, page 908 du Compte rendu.)

Phocas (de Lille) y est récemment revenu[1] en insistant sur la valeur de la douleur du genou. Ce signe, quoique très important, n'est pas absolu ; la petite malade dont nous avons ailleurs rapporté l'histoire[2] avait une arthralgie du genou ; il est vrai qu'elle siégeait sur le membre du côté opposé à la pseudo-coxalgie.

Nous ne saurions donc trop recommander de s'entourer de tous les signes possibles avant de condamner un enfant à l'immobilisation, comme cela est arrivé souvent[3].

Pseudo-mal de Pott. — La contracture, la paralysie, la douleur, tels sont les trois symptômes qui peuvent, par leur réunion, simuler le mal de Pott.

La contracture, qui est rare, se résout dans le sommeil chloroformique. La douleur est causée par des zones hyperesthésiques situées le long de la colonne vertébrale et n'ayant pas la situation imposée par le siège de la lésion dans le mal de Pott organique. La paralysie est moins facile à différencier ; mais, avec de l'attention, le médecin prévenu ne se laissera pas tromper. Les erreurs, qui ne sont cependant pas rares, sont moins faciles que pour la pseudo-coxalgie.

Quant au rachitisme vertébral, dont nous avons parlé, et qui peut induire en erreur dans les cas de ce genre, il faut, dit Grancher, pratiquer un examen local et général des plus minutieux et, dans le doute, faire le traitement du mal de Pott, qui est favorable dans les deux cas, bien qu'il ne soit pas toujours bon de laisser un rachitique longtemps immobilisé dans une gouttière.

Pseudo-méningite. — Les principaux symptômes de la méningite se rencontrent, comme l'a prouvé Bardol, dans l'hystérie. Voici, d'après cet auteur, comment on peut les distinguer :

La céphalalgie hystérique se montre sous forme de crises et

1. Phocas, *Diagnostic de la coxalgie au début.* (*Nord médical*, 1896.)

2. Bézy, *Un cas de pseudo-coxalgie chez un enfant menteur.* (*Soc. de méd. de Toulouse*, 1er février 1893.)

3. Voir, à ce sujet, les cas de Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870), de Breton (*Journal. des praticiens*, 10 avril 1897, p. 220, etc.)

coïncide avec la présence de zones hystérogènes du cuir chevelu. On comprend la valeur de la recherche de ces zones en dehors des crises.

La fièvre, qui du reste est rare dans la pseudo-méningite, existe cependant; le pouls peut être ralenti ou accéléré, mais jamais irrégulier, comme dans la méningite vraie (Pitres).

La pseudo-méningite, plus fréquente, du reste, chez l'adulte que chez l'enfant, procède par crises et soubresauts.

Le vomissement et la constipation existent aussi dans l'hystérie ; nous avons donné les caractères du vomissement hystérique.

Comme signe de la méningite vraie au début, J. Simon insiste sur la désharmonie, la dissociation des mouvements du diaphragme et de la cage thoracique. Ce phénomène n'est pas indiqué dans la pseudo-méningite.

Autres affections cérébrales. — C'est encore d'après Bardol que nous donnerons rapidement les éléments du diagnostic. Les contractures hystériques débutent d'une façon banale, sans que rien (apoplexie, épilepsie partielle) fasse soupçonner une lésion. L'influence des traumatismes, même légers, des émotions, est considérable. La contracture atteint d'emblée son maximum et est plus intense que la contracture organique. Mais ce diagnostic n'est pas toujours facile chez l'enfant, qui présente si souvent de l'hystérie monosymptomatique.

Les monoplégies hystériques se caractérisent par leur début précédé d'une incubation, tandis que la monoplégie organique est brusque et précédée de phénomènes apoplectiformes. La monoplégie hystérique s'accompagne d'anesthésie *morphologique*, tandis que l'anesthésie est *anatomique* dans la monoplégie due à des lésions nerveuses, et nulle dans les cas de lésions corticales.

L'aphasie et le mutisme sont d'un diagnostic facile quand l'apparition brusque du syndrome se manifeste après une attaque d'hystérie ou un traumatisme éloigné, du pied, par exemple. Si, au contraire, l'aphasie est constatée au réveil chez un sujet bien portant la veille ou si elle succède à une attaque apoplectiforme, on songera à une lésion organique, Il est bon d'ajouter que les lésions de ce genre n'existent, pour ainsi dire pas, chez l'enfant.

Dans les observations de syndromes protubérantiels et de

troubles oculaires, le diagnostic fut fait par l'examen du sujet et par les allures de la maladie. Il en est de même dans le cas de Terson, qui s'était rendu compte, par l'examen ophtalmologique, qu'il n'y avait aucune lésion de l'œil.

Pseudo-coliques abdominales. — Dans les faits de ce genre, lorsque le diagnostic sera difficile, on examinera bien le fonctionnement et les désordres du tube digestif, et au besoin on essaiera du traitement.

Pseudo-hémiplégie spasmodique infantile. — La simulation hystérique ne saurait, d'après Bardol, être absolue. Quand il n'y aura pas de stigmates, on cherchera dans l'étiologie, l'évolution et la thérapeutique. Les troubles trophiques de l'hystérie ne sont pas aussi marqués que ceux consécutifs à une lésion organique ; mais par contre l'impotence fonctionnelle est beaucoup plus marquée dans la simulation hystérique. Dans le cas de Bardol, le malade présentait des stigmates et les accidents avaient débuté à l'âge de cinq ans. Le début est bien plus précoce dans l'hémiplégie organique et les réflexes sont exagérés du côté malade.

Scoliose. — Le début de la scoliose hystérique, due à un choc, une chute, ne ressemble pas à celui de la scoliose des adolescents, à la scoliose scolaire. La déviation est plus étendue dans la scoliose hystérique, elle est surtout lombaire ; la contracture donne au malade un cachet spécial de raideur. Enfin, on trouvera les caractères généraux des contractures hystériques.

Incontinence d'urine. — Diagnostic facile. Quant au diagnostic de la cause, on recherche les causes organiques (phimosis, oxyures, albuminurie, calcul vésical). Il est impossible de distinguer, par le symptôme lui-même, si l'on a affaire à un état de nature hystérique, épileptique ou autre.

Terreurs nocturnes. — Diagnostic encore facile. Elles sont, dit Ollivier, presque toujours hystériques chez l'enfant. Debacker [1], qui les a étudiées dans sa thèse, à l'instigation de Lasègue,

1. *Hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents.* Thèse. Paris, 1881.

dit qu'elles peuvent être dues à des troubles digestifs, à des maladies anciennes ou à venir, parmi lesquelles il signale l'hystérie. Il sera donc bon, tout en pensant à la névrose, de surveiller l'appareil digestif et de diriger la première tentative thérapeutique dans ce sens.

Pseudo-paralysie infantile. — Dans le cas que nous avons cité, Souques fit son diagnostic parce que son malade avait des crises. De plus, d'après Babinski, il existe une relation étroite entre le siège de l'atrophie et la localisation des stigmates, et l'amyatrophie hystérique évolue rapidement, s'arrête et peut guérir. Ces trois caractères n'existent pas dans la paralysie infantile.

Pseudo-tabes spasmodique. — Le malade cité par Souques présentait tous les caractères de la maladie avec lésion organique, et le sujet n'avait aucun stigmate. La guérison seule fit faire le diagnostic. Il faudra donc, dans les cas difficiles, s'informer surtout du début et chercher les stigmates.

Anesthésies et hyperesthésies. — En dehors des difficultés de l'examen matériel de l'enfant, les anesthésies et hyperesthésies seront facilement constatées.

Cependant, certains cas peuvent prêter à erreur. Nous avons rapporté le cas d'une fillette de cinq ans et demi ayant très nettement le clou hystérique et une zone d'hyperesthésie sur la tempe droite[1]. Cette enfant était prise brusquement d'une douleur violente, localisée à la tempe droite, disparaissant au bout d'un temps variant d'un quart d'heure à une heure.

Il y a lieu, dans des cas analogues, de faire le diagnostic avec les diverses céphalées de l'enfance, dont l'origine se retrouve facilement (croissance, surmenage intellectuel, troubles digestifs, chlorose, brightisme, intoxications, etc.), et avec la migraine chez les enfants, qui s'accompagne de vomissements, de troubles gastriques. Du reste, la migraine n'est-elle pas souvent chez l'enfant, comme chez l'adulte, de nature hystérique, au moins dans certaines de ses formes[2] ?

1. Bézy, *l'Hystérie infantile.* (*Soc. méd. de Toulouse*, 1er février 1896.)
2. Thomas, *Migraine ophtalmique associée de nature hystérique chez l'enfant.* (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, octobre 1891.)

TROISIÈME QUESTION

DE L'ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Rapport du Dr DOUTREBENTE

DIRECTEUR-MÉDECIN DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS

L'organisation du service médical dans les asiles d'aliénés, telle qu'elle a été prévue par la loi du 30 juin 1838, par l'ordonnance du 18 décembre 1839, par le règlement du service intérieur et la circulaire du 20 mars 1857, a paru satisfaisante pendant de longues années et a servi de modèle, au début, à nombre d'établissements similaires en Europe et en Amérique.

Prévue pour des asiles départementaux contenant un nombre restreint de malades, cette organisation n'a pas tardé à être critiquable, insuffisante en raison de l'augmentation croissante du chiffre des aliénés à assister ; les asiles étaient encombrés, les malades ne pouvaient plus être répartis méthodiquement dans des quartiers de classement, le service médical ne pouvait plus fonctionner librement, le traitement devenait difficile à appliquer.

Par suite de l'encombrement, par l'insuffisance du personnel du service médical et de surveillance, les asiles publics d'aliénés se seraient transformés peu à peu en hôpitaux-casernes, où, pour éviter les querelles, luttes, accidents, suicides et homicides, l'application du *Restreint*, sous toutes ses formes, s'imposerait quand même.

Les médecins aliénistes étrangers, que la réputation de Pinel

et d'Esquirol avait appelés en France pour étudier leur méthode et en faire profiter leur pays, ne tarissaient pas d'éloges sur l'organisation du service médical et sur l'enseignement clinique des maladies mentales d'Esquirol, et plus tard de ses élèves Ferrus, Baillarger et J.-P. Falret. Cette période élogieuse et de gloire incomparable a duré près d'un demi-siècle, mais elle n'a pas tardé à subir les effets de la critique et du besoin incessant de progrès et de nouveauté dont sont assiégées toutes les institutions plus ou moins séculaires.

Conolly produisait en Angleterre et appliquait à l'asile d'Hanwell sa méthode du *non-restreint*, popularisée d'abord en France par Morel et systématiquement adoptée depuis par M. Magnan et ses élèves.

Le mélange plus ou moins confus des aigus et des chroniques, des curables et des incurables, sévèrement apprécié par Griesinger en Allemagne, déterminait ce savant professeur à proposer des asiles urbains pour les aigus et les curables et des asiles suburbains pour les chroniques. La nécessité de l'asile urbain s'imposait surtout pour les besoins de l'enseignement de la psychiatrie.

Les idées de Griesinger furent violemment attaquées en Allemagne par le parti des vieux aliénistes et des médecins-directeurs, dont Griesinger ne paraissait pas reconnaître la compétence et la nécessité; il allait jusqu'à dispenser le médecin en chef de l'obligation de résidence dans l'établissement et lui donnait le droit et le devoir de faire de la clientèle pour être un professeur complet, vraiment à la hauteur de sa tâche et digne de ce nom, le même professeur enseignant la neuro-pathologie et la psychiatrie. Laehr, Brosius, Flemming répondirent vigoureusement, personnellement même parfois, aux attaques de Griesinger, et en France, Brierre de Boismont, grand admirateur de Griesinger, ne cacha pas sa surprise et son étonnement de voir son idole abandonner les saines traditions de la médecine mentale en matière d'assistance.

La séparation des fonctions médicales et administratives, qui n'avait pas jusqu'alors été proposée d'une façon sérieuse, et n'avait, d'ailleurs, rencontré que des adversaires tant en France qu'à l'étranger, devenait au moins matière à discussion, surtout pour les nécessités de l'enseignement; elle était même proposée

et partiellement réalisée dans les grand asiles encombrés de malades, le ou les médecins en chef ne pouvant plus, paraît-il, répondre aux obligations des services médicaux et administratifs.

En Allemagne, où l'unité dans la direction et le service médical continuait et continue encore à prévaloir, on a paré aux objections les plus sérieuses en adjoignant au médecin en chef-directeur, un, deux, trois ou quatre médecins et plus, suivant le nombre plus ou moins grand des malades, et cela depuis longtemps. Morel constatait en 1869 que Roller, directeur-médecin de l'Asile des curables d'Illenau, avait six médecins sous sa direction et que, à Forsheim, asile des incurables, il y avait encore six autres médecins, soit treize médecins pour huit cents malades. A la même époque, en France, pour deux asiles analogues de chacun quatre cents malades, on se contentait et on se contente encore de quatre médecins au maximum, parfois moins.

L'application du *non-restreint*, la nécessité de plus en plus urgente du classement des malades et de leur séparation, dans des asiles uniques ou dans des asiles séparés, pour pouvoir les traiter d'une façon plus scientifique, étaient autant de questions qui ne tardèrent pas à passionner les médecins aliénistes. On demandait des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, pour les alcooliques, on reparlait des colonies agricoles, des colonies familiales, on proposait l'assistance familiale indirecte réalisée à Dun-sur-Auron, l'assistance familiale directe, on louait l' « *open door* », on exaltait enfin les asiles cotages avec café-billard abstinent, bureau de tabac, promenades, avenues sillonnées de tramways et kiosques utilitaires. Les médecins-directeurs disqualifiés, coupables d'appliquer un règlement anti-sportif, vieillot, tourné en ridicule, étaient transformés en garde-chiourmes, surveillants d'asiles-prisons, fabricants d'aliénés chroniques. C'est sous cette forme qu'un ex-directeur-médecin nous présente depuis plusieurs années, au public médical et à ses collègues, médecins en chef, avec une abondance de détails et un luxe d'épithètes peut-être regrettables pour..... les aliénistes de sous-préfectures !

Notre collègue, rempli de bonnes intentions, animé d'un grand zèle et d'un grand amour pour les aliénés, s'étonne que le silence soit fait autour de lui et que, aux Congrès de médecine

mentale, notamment à Nancy, il n'ait pas été tenu compte de ses appels répétés et sans écho (suivant lui). Devrions-nous ajouter que son absence à nos Congrès successifs a été fort remarquée et que, personnellement, j'ai regretté de ne pas l'avoir entendu présenter ses théories, de sa voix chaude, persuasive, en un beau langage imagé (dont il a le don), bien fait pour convaincre les plus récalcitrants !

Au Congrès de Nancy, cependant, les organisateurs du futur Congrès de Toulouse sont allés au-devant de l'objection du silence, en proposant de mettre à l'ordre du jour « l'organisation du service médical dans les asiles publics d'aliénés » ; ils ont pensé que la discussion se ferait au grand jour, que tous les médecins aliénistes pourraient y prendre part et éclairer de leurs travaux et communications un sujet d'une aussi grande et urgente actualité.

Quand on présente au public médical, peu familiarisé encore avec la Psychiatrie, des projets de réforme dans l'assistance des aliénés ; quand on critique le mode de construction et d'organisation intime des asiles d'aliénés ; quand on proclame que le traitement y est nul ou mauvais ; quand on condamne comme funeste « l'isolement de la famille et des habitudes antérieures » ; quand on demande la destruction des murs intérieurs et extérieurs des manicômes ; quand on raconte que les médecins aliénistes français, machines à certificats, fabricants d'aliénés chroniques, sont frappés de stérilité scientifique, ne va-t-on pas à l'encontre du but poursuivi ? Ne conseille-t-on pas indirectement, involontairement, je l'accorde, aux médecins non spécialistes, l'attente, déjà trop prolongée, les mesures de placement tardif encore trop pratiquées de nos jours, cause de tout le mal, la fabrication des aliénés chroniques ?

Mais la presse, qui n'a rien de scientifique, toujours à la recherche de scandales et d'articles à sensation, s'empare de tout cela, dénature les meilleures intentions, ne fait aucune distinction ou catégorie parmi les aliénés, propose d'appliquer à tous ce qui a réussi ou a paru réussir pour un petit nombre, présente, comme surannés, les résultats dus à l'expérience acquise, exalte ce qui paraît nouveau, parce que cela heurte les idées reçues, et élève sur un piédestal le protagoniste ; tel, connu et estimé de ses collègues, mais à peine connu du grand

public, hier, lui sera donné, demain, du professeur et de l'illustre. Reste à savoir le bien que les aliénés nouveaux et aigus en pourront retirer, au moins pendant et à la suite d'une campagne de cette sorte !

Mais laissons passer ce vent pseudo-révolutionnaire, ce nuage d'un jour, et disons simplement entre nous : si l'aliéné ne doit pas être isolé, s'il est absurde de le renfermer, s'il est possible de lui laisser toute liberté, de se promener avec ou sans surveillance, s'il peut suivre les cours de l'école des beaux-arts, écouler et vendre à bon prix ses productions artistiques, il n'y a qu'à ne plus s'en occuper, qu'à le laisser vivre à sa guise, au dehors ; il n'y a plus besoin d'asiles, le moyen de les désencombrer est enfin trouvé ! Nous n'exagérons guère, et M. Marandon de Montyel lui-même ne saurait nous contredire ; car il est médecin en chef, dans un asile spécial, dans un de ces asiles de la Seine, où il a reconnu, avec MM. Vallon et Rouillard, *qu'il y a un peu de tout, hormis des aliénés.*

En province, c'est autre chose ; il y a des aliénés dans nos asiles spéciaux, des aliénés de toute sorte, dits criminels, dangereux, homicides, suicideurs et tous les gêneurs dont se débarrassent avec empressement les asiles de la Seine; il n'y a même que des aliénés, c'est conforme à la loi, aux usages, aux habitudes locales : c'est ce qui explique qu'on y voit encore des murs intérieurs et parfois aussi extérieurs, qu'on y observe encore le règlement du service intérieur, que l'isolement de la famille (si bien décrit par Esquirol avec les restrictions à y apporter) est encore pratiqué, que le *Restreint*, rarement usité, s'impose, parfois, quand il est impossible de s'en passer, qu'il y a des jours et des heures de parloir ; mais qu'on y trouve aussi des distractions de toute sorte, des billards, un théâtre, une société musicale, des fleurs, de grands jardins, des arbres fruitiers et d'agrément, un potager, une ferme, des vaches, de la volaille, et par suite des légumes verts, du lait et des œufs frais, rien des Halles Centrales !

Ce n'est pas la terre promise, ce n'est pas l'âge d'or, ce n'est pas encore l'idéal ! c'est le présent, la vie pratique ; améliorons, ne détruisons pas.

Si de la discussion doit, cette fois, jaillir la lumière ; si pleine justice doit être rendue aux efforts généreux des progressistes,

des partisans du *non-restreint* absolu et de l' « *open door* », le devoir du rapporteur n'est pas d'entraver le mouvement en avant ; mais il lui appartient dès maintenant de rappeler ce que nos ancêtres et nos maîtres ont dit et publié, de faire ressortir tout le bien qu'ils ont fait, de prouver, par des documents et des citations bien authentiques, que, dans le domaine des idées comme dans la pratique journalière, ce qui nous est présenté comme neuf est déjà vieux, à peine rajeuni, ce qu'on regarde comme usé et démodé est encore solide et de bon ton, et qu'il est encore possible de constituer de toutes les opinions de nos prédécesseurs un bloc compact capable de subir, sans être trop endommagé, les attaques les plus virulentes et le reproche, si grave, d'avoir été de leur temps et pas du nôtre, pas assez *fin de siècle*, en un mot.

I. — Revue critique et documents.

Au moyen âge, on croyait à la sorcellerie, au pouvoir des démons, on admettait leur intervention en maintes circonstances, et quand les fous se disaient possédés du démon, on les croyait sur parole et on les traitait par la prison, la torture, l'exorcisme et, s'ils ne guérissaient pas, on les brûlait.

Quelques rares philanthropes, savants, philosophes, médecins et magistrats, combattaient cependant en faveur des malheureux insensés, et cela au péril de leur vie; leurs efforts étaient inutiles; le bûcher a continué son œuvre jusqu'au dix-septième siècle. Ces hommes supérieurs et de haute raison qui, dans tous les pays, faisaient ainsi entendre leurs voix en ces siècles d'ignorance et de superstition, se nommaient Jean Wier, Jérôme Cardan, Pigray, Daniel Becker, Naudé, Richard Mead, etc.

L'aliéné n'étant pas considéré comme un malade, mais un coupable, n'avait pas besoin d'être protégé et soigné; on le craignait, on le redoutait, on l'avait en horreur.

La prison pour asile, la torture comme médication et le bour-

reau pour médecin des aliénés suffisaient à peine à calmer la terreur que ceux-ci inspiraient à des peuples superstitieux, dont le fanatisme était soigneusement entretenu par les abominables conseillers du pouvoir temporel, monopolisateurs de la science et parlant au nom de la religion.

Les musulmans, toutefois, avaient, paraît-il, depuis bien longtemps, une organisation hospitalière pour les aliénés, quand les frères de la Merci, moines et médecins, en firent la remarque au quinzième siècle en faisant avec les musulmans le rachat des prisonniers chrétiens; c'est donc de l'Orient que nous vient l'idée d'hospitaliser les aliénés.

Suivant Léon l'Africain, il existait déjà au septième siècle, à Féez, la ville sainte du Maroc, un quartier spécial pour les fous qui étaient contenus par des chaînes; ce renseignement, donné par Esquirol[1], reproduit par MM. Dagonet et Krafft-Ebing, ne paraît pas avoir été vérifié. Nous avons en vain cherché dans Léon (Jean) dit l'Africain[2] le passage où il fait remonter au septième siècle l'existence des chambres pour les fous à l'hôpital général de Féez. Léon fait bien une curieuse allusion au fait en lui-même; mais il ne date pas, il constate seulement l'existence de ces chambres à l'époque où il a pu les voir, c'est-à-dire au commencement du seizième siècle.

Les frères de la Merci fondèrent le premier établissement destiné aux aliénés à Valence (Espagne) en 1409, déterminant ainsi un mouvement charitable et généreux qui s'étendit à Saragosse en 1425, à Séville en 1436 et à Tolède en 1483. Nous ne savons point ce qu'étaient ces asiles où se fit enfermer le fondateur des frères de Saint-Jean-de-Dieu, un siècle après leur fondation. Il avait simulé la folie, soit par pénitence, soit pour savoir ce qu'on y faisait : « Chaque jour, dit-il, on l'étend sur un banc, pieds et poings liés, et on le fustige sur la chair nue à coups de fouet tordu de cordes ; on le relève ensuite et on l'enferme tout sanglant dans une loge isolée pour recommencer le lendemain. »

Certains auteurs prétendent qu'un hôpital d'insensés et de fous furieux fut fondé en Italie, à Bergame, en 1352, et un autre

1. *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 425.
2. *Description de l'Afrique*, traduction française de Jean Temporal. Lyon, 1556.

à Florence, en 1387, alors que les Espagnols, suivant d'autres, auraient fondé à Rome, en 1548 seulement, le premier asile à l'usage des aliénés.

En France, on ne paraît pas avoir songé aux soins à donner aux aliénés avant le douzième siècle. A Marseille, Avignon, Lille, Armentières, Saint-Venant, Charenton, Cadillac, des rudiments d'hospitalisation spéciale étaient tentés par des religieux, des communes et des hospices; on ne traitait pas les aliénés, on les plaçait dans un lieu de refuge, après avoir essayé des exorcismes ou des voyages en lieux saints et miraculeux; on ne les brûlait plus, c'était déjà un grand progrès. Pouvait-on demander plus à une époque où la superstition régnait en maîtresse, où la croyance aux sorciers, à leurs maléfices, au pouvoir des démons était à peine discutée et devait se perpétuer jusqu'en ce siècle au point de provoquer l'épidémie de Morzines, où l'exorcisme reparut et où les bûchers faillirent se rallumer? Combien de gens, d'ailleurs, à la fin du dix-neuvième siècle, sont encore, en matière de superstition, de possession diabolique et d'exorcisme, pas plus désabusés que leurs ancêtres du moyen âge? Nous n'en saurions dire le nombre, mais ils sont légion.

A partir du 7 septembre 1660, les fous furent reçus à l'Hôtel-Dieu pour y être traités (arrêt du parlement de Paris) et renfermés aussi à l'hôpital général. On n'ose pas dire dans quelle condition ils s'y trouvaient, puisque, en 1786, il n'y avait encore à l'Hôtel-Dieu que deux salles pour les recevoir, où ils n'avaient qu'un lit pour trois et quatre personnes.

En 1780, l'Anglais John Howard, visitant les prisons d'Espagne, avait rencontré des aliénés dans presque toutes; il en était de même en France et en Angleterre où une Commission française fut envoyée pour étudier le mode d'assistance propre aux aliénés.

En 1785, Colombier, médecin de Charenton, sur l'ordre du roi Louis XVI, rédigea une instruction sur le service des aliénés, la manière de les traiter, de les gouverner, la nature des établissements qui leur étaient destinés. Ces établissements n'avaient servi jusqu'alors qu'à rassurer le public contre la fureur des insensés; ce n'étaient pas des hôpitaux, mais des *maisons de force* où vivaient mélangés les fous tranquilles et les fous

furieux enchaînés, privés les uns et les autres de soins médicaux et pharmaceutiques.

En maint pays, ville ou village, on laissait errer les fous faute d'endroit pour les placer et aussi par le mauvais vouloir des communes qui craignaient de payer les frais d'entretien (cela est encore vrai en 1897). Colombier parlait déjà de quatre quartiers de classement : furieux, tranquilles, imbéciles, convalescents, à construire dans un lieu bien aéré, pourvu d'eau salubre, avec promenoirs plantés d'arbres, préaux, salles de réunion, cellules, galeries couvertes, mobilier et latrines; il prévoyait un régime alimentaire bien compris, parlait des vêtements, des visites médicales, des soins de propreté et du chauffage des salles de réunion pendant l'hiver.

En 1786 parut le mémoire de Tenon sur l'état général des hospices et hôpitaux, dans lequel il attirait d'une façon toute spéciale l'attention de l'Académie et du pouvoir sur les conditions déplorables dans lesquelles se trouvaient les aliénés dans les hôpitaux de Lyon, Rouen, et surtout à l'Hôtel-Dieu de Paris.

En 1791, le duc de La Rochefoucauld-Liancourt, dans un rapport à l'Assemblée constituante, constatait avec douleur la situation pénible faite aux aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, où, considérés comme des incurables, ils ne recevaient aucun traitement médical et étaient enchaînés comme des bêtes féroces.

Daquin en Savoie, Cullen en Écosse, au nom de l'humanité et de la science, réclamèrent pour les aliénés un meilleur système d'assistance et une modification profonde dans les moyens de traitement; leurs efforts isolés n'eurent pas assez de retentissement et sont plus connus des bibliographes qu'ils ne le furent de leurs contemporains.

Enfin, Pinel vint, et, médecin en chef de Bicêtre en 1792, il fit passer de la théorie à la pratique les idées philanthropiques de l'époque : plus de chaînes, plus de cachots infects, plus de mauvais traitements; les aliénés eurent de l'air, de la lumière; il organisa des promenades, des ateliers de travail, il institua un bon régime alimentaire, il obtint des guérisons [1].

Quelques années après, en 1800, Pinel, trop occupé de diriger le mouvement révolutionnaire qu'il avait provoqué relativement

1. Constans, Lunier, Dumesnil, *Rapport général*, 1874.

aux soins à donner aux aliénés, n'avait pas matériellement le temps de faire ce qu'il aurait voulu de l'enseignement spécial des maladies mentales ; mais *souvent*, en sortant des infirmeries de la Salpêtrière où il faisait des cliniques de médecine interne, il les terminait par la visite de la division des aliénés, où il initiait quelques élèves privilégiés à l'observation des maladies mentales. Ce n'était pas assez, mais il ne pouvait faire plus[1].

En 1814, il fit chez lui, pour quelques élèves, y compris J.-P. Falret, un cours théorique de médecine mentale; puis, quand il devint professeur de pathologie interne, il ne cessa d'attirer l'attention des élèves sur les aliénés, les engageant à venir les voir dans son service de la Salpêtrière.

En 1816, Esquirol[2] avait remarqué que les aliénés prenaient en haine, en aversion les personnes qui, avant leur maladie, avaient toute leur tendresse, tandis que les étrangers leur étaient agréables; de là la nécessité, pour les traiter, de les isoler de la famille et de leurs habitudes antérieures et, de préférence, dans une maison consacrée spécialement au traitement des maladies mentales, sans qu'il y eût à redouter la vue ou le contact des compagnons d'infortune. Dans certains cas particuliers, cependant, l'isolement ne produisant pas d'effet utile, il fallait savoir y renoncer à temps.

« Dans une maison d'aliénés[3] il doit y avoir un chef et rien qu'un chef de qui tout doit ressortir; c'est le médecin qui, dans cet établissement, doit donner l'impulsion, diriger, conseiller et surveiller malades et gens de service. »

« Une maison d'aliénés est un instrument de guérison. Entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales, » disait Esquirol, en 1818, quand il présentait au ministre de l'Intérieur son mémoire sur les établissements d'aliénés, après avoir parcouru toutes les villes de France pour visiter les établissements où étaient enfermés les aliénés. Il avait vu les aliénés plus mal traités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux.

1. J.-P. Falret, *Traité des maladies mentales*.
2. *Maladies mentales*, t. I, p. 123.
3. *Ibid.*, p. 126.

Reil, en 1803, avait aussi vu en Allemagne les aliénés traités comme des criminels d'État, jetés dans des culs de basse-fosse, entassés pêle-mêle, terrorisés par des employés barbares et ignorants, ne connaissant que le fouet, les chaînes et le cachot comme moyen de persuasion.

Joseph Franck parlait de même en disant que ceux qui avaient visité les maisons d'aliénés en Allemagne se rappelaient avec effroi ce qu'ils avaient vu.

Max Andrée, en 1810, parlait dans les mêmes termes des aliénés en Allemagne.

En Angleterre, sir Bennet s'indignait, en 1815, qu'on eût proposé l'hospice de Bedlam comme modèle à l'Europe et à toutes les nations du monde. « Cet établissement public, disait-il, a couvert de honte l'Angleterre. »

Esquirol avait constaté qu'il n'y avait pas encore un seul établissement spécial pour les aliénés et il démontrait qu'il ne fallait pas utiliser de vieux bâtiments, des couvents, des lazarets, d'anciennes prisons, pour les y placer; il trouvait encore de nombreux inconvénients aux quartiers d'hospice, inconvénients trop connus de nos jours pour qu'il soit nécessaire d'en parler.

« La nécessité de fonder des hôpitaux spéciaux s'imposait au même titre pour les aliénés que pour les enfants, les galeux, les vénériens[1]. »

Mais devait-on fonder des hôpitaux pour les aliénés curables et pour les incurables? Devait-on construire un hôpital par département ou pour plusieurs départements? Esquirol préférait les grands asiles aux petits, l'hôpital pour plusieurs départements à l'asile départemental, et il en donnait la description minutieuse et le plan, « qui n'était point chose indifférente, qu'on doive abandonner aux seuls architectes[2]. »

Bien avant Griesinger, Esquirol[3] avait pensé aux petits asiles de traitement pour les malades curables, asiles destinés à servir de modèle et d'école d'instruction. L'aliéné, pour y être admis, ne devait point avoir été traité ailleurs; sa maladie ne devait pas dater de plus d'un an ; il ne devait pas être atteint de maladie contagieuse ; reconnu incurable, il serait renvoyé.

1. *Maladies mentales,* t. II, p. 415.
2. *Ibid.*, t. II, p. 421.
3. *Ibid.*, t. II, p. 404.

En 1817, Esquirol, élève, ami et auxiliaire de Pinel à la Salpêtrière, et encouragé, d'ailleurs, par lui, eut l'idée généreuse de faire un cours clinique des maladies mentales. Professeur sans titres, il faisait école; c'est là que les médecins français d'abord, puis les médecins étrangers des deux mondes ont appris à connaître les aliénés et y ont puisé les excellents principes d'une science nouvelle, fondée sur l'observation. Le cours d'Esquirol a été continué jusqu'en 1826, époque où il a été nommé médecin en chef de Charenton; mais l'hospice de la Salpêtrière est resté le véritable théâtre de sa gloire [1].

De 1832 à 1839, Ferrus suivit l'exemple d'Esquirol en faisant à Bicêtre et à la ferme Sainte-Anne des cours cliniques qui attiraient un grand concours d'auditeurs. « Ceux qui y ont assisté, disait J.-P. Falret, peuvent seuls témoigner combien Ferrus possédait l'art de captiver l'attention des élèves et de faire révéler aux malades leurs pensées les plus secrètes. »

Bottex à Lyon, Rech à Montpellier, Leuret à Bicêtre, Baillarger en 1841 et J.-P. Falret en 1843 à la Salpêtrière, furent les continuateurs d'Esquirol en faisant eux aussi des cours cliniques des maladies mentales, qui avaient à l'époque d'autant plus de succès qu'ils étaient dus à l'initiative privée et en dépit de craintes chimériques et d'objections relatives au danger et aux scandales que l'introduction des élèves pouvait déterminer dans les services d'aliénés principalement.

Un cours clinique de maladies mentales avait été fait déjà en Angleterre, en 1758, par le Dr Batbie, à l'asile Saint-Luc; mais, interrompu pendant quatre-vingt-quatre ans, il ne fut rétabli qu'en faveur du Dr Sutherland, comme nous le verrons plus tard. Le Dr Morrisson obtenait aussi l'autorisation de faire pendant quelques années le même cours clinique à Bedlam; puis Conolly, après forces démarches, fut enfin autorisé à avoir seize élèves à l'asile d'Hanwell.

En Allemagne, Horn faisait de la clinique mentale à la Charité de Berlin avant 1818, ainsi que Müller à l'asile de Wurtzbourg, à peu près à la même époque,

Les cours cliniques de Horn, continués d'abord par Neumann, à la Charité de Berlin, étaient encore faits par Ideler en 1847;

1. J.-P. Falret.

mais les jeunes médecins allemands ne se contentaient pas des cours cliniques, ils faisaient un stage prolongé dans les asiles d'aliénés, tels que Siegburg, Illenau, Winnenthal.

C'est Reil, qui dans ses *Rapsodies*, en 1803, avait parlé le premier de l'utilité des cours cliniques dans les asiles d'aliénés et de la présence des jeunes médecins comme élèves et auxiliaires des médecins de ces établissements : Gottfried Schmidt, plus catégorique encore, pensait de même.

En 1811, lors de la réorganisation de l'Université de Leipsick, la chaire théorique de thérapeutique mentale fut confiée à Heinroth, qui, en 1818, réclamait des cours cliniques et l'introduction des élèves dans les asiles de curables, et surtout des jeunes médecins qui désiraient se consacrer à l'étude de la psychiatrie [1].

Nasse, en 1819 et en 1822, dans son journal, posait nettement la question : il proposait d'abord aux professeurs de clinique médicale de recevoir quelques aliénés dans leurs salles et réclamait ensuite la fondation de cliniques psychiatriques dans les Universités, mais des cliniques pour un petit nombre de malades, pour éviter la fréquentation des grands asiles par les élèves.

Mende, en 1820, se montrait hostile aux cliniques proposées par Nasse, et Leupoldt, en 1823, s'y montrait favorable.

Nosstiz et Jauckendorf [2] partageaient les idées de Nasse; mais ils ne voulaient admettre dans les asiles d'aliénés que les médecins ayant terminé leurs études médicales, tous les médecins devant savoir soigner les aliénés.

En 1831, Roller, qui n'était pas encore à Illenau, mais à Heidelberg, publiait son Étude sur les établissements d'aliénés. Il croyait aussi que tous les médecins devaient suivre des cours cliniques de maladies mentales; mais il trouvait que, dans la pratique, la question était difficile à réaliser en raison des dangers d'un grand concours de visiteurs dans les asiles d'aliénés.

Schroëder van der Kolk, en Hollande, puis Guislain, en Belgique, réclamaient, en 1837 et 1838, l'enseignement clinique des maladies mentales.

1. *Traité des troubles de l'âme.*
2. *Sur l'asile de Sonnenstein*, 1829.

Heermann avait fait des cours cliniques à Heidelberg avant la publication du travail de Roller; il avait adopté un moyen terme : Nasse ne voulait pas plus de quatre ou cinq malades par clinique, il en proposait trente.

Lorent était du même avis que Heermann, Jacobi, de Siegburg et Flemming, de Sachsenberg, se prononçaient contre l'introduction en masse des élèves dans les asiles d'aliénés; mais si Jacobi admettait les petites cliniques de Nasse, Flemming s'y opposait, ne voulant pas aller plus loin que Roller.

Damerow, médecin directeur de Hall (réunion relative des curables et des incurables), passe en revue toutes les opinions émises avant lui et démontre, enfin, la possibilité d'installer la clinique des maladies mentales dans l'asile des aliénés et non ailleurs.

Le docteur John Webster (*one of the directors of Bethlem hospital*) réclamait, en 1843, l'admission des étudiants en médecine dans les salles de l'hôpital de Bethlem et rendait pleine justice à Pinel, qui avait non seulement détruit beaucoup de préjugés, relevé les aliénés aux yeux de la société, mais aussi et surtout enseigné les maladies mentales. Webster rapportait qu'il était élève d'Esquirol, le grand aliéniste, le maître incomparable d'une pléiade d'élèves dont il avait peuplé la France et l'Europe. C'est Esquirol, disait-il, qui a popularisé l'étude des maladies mentales ; ce qui s'est passé en France doit servir de modèle en Angleterre, où l'entrée des élèves dans les maisons d'aliénés n'est pas encore autorisée. Webster s'indignait de voir son pays à la remorque des peuples du continent. La plupart des médecins ignorent l'aliénation mentale, disait-il ; il est de toute nécessité de permettre aux étudiants de compléter leurs études médicales en leur facilitant l'entrée dans les asiles d'aliénés et d'organiser pour eux l'enseignement clinique. A Londres, il n'y avait rien et on ne faisait rien pour vulgariser l'étude des maladies mentales, et toutes les objections faites contre l'organisation des cours cliniques de médecine mentale n'avaient pas de valeur. En Autriche, d'ailleurs, tous les hôpitaux d'aliénés étaient des hôpitaux d'enseignement. Le docteur Combe, d'Edimbourg, qui avait suivi l'enseignement d'Esquirol en 1819, a raconté qu'il avait avec lui cinquante élèves à la Salpêtrière, et cela sans inconvénient pour les malades, qui paraissaient en

être heureuses. Webster revint à Paris en 1841 et assista au premier cours de Baillarger; ce jour-là, le conseil général des hôpitaux avait décidé que le directeur de la Salpêtrière assisterait à ce cours, qui eut lieu devant soixante auditeurs, sans inconvénient pour les malades.

Webster eut la bonne fortune de voir ses efforts récompensés; le docteur Sutherland fils fut chargé, par les directeurs de l'hospice Saint-Luc, de professer l'enseignement clinique de la folie.

Le docteur J.-P. Falret[1] a longuement plaidé la cause de l'enseignement clinique des maladies mentales et son utilité pour tous les médecins non spécialistes qui sont chargés d'observer les malades au début de la maladie, parce que les parents ne peuvent pas alors se douter du malheur dont ils sont menacés. Pourquoi alors ne pas exiger d'eux, en médecine mentale, ce qu'on exige pour la chirurgie, les accouchements, la médecine légale? L'enseignement théorique serait absolument insuffisant; l'étudiant doit voir les malades; mais Falret déclare nettement que, pour lui, « partisan déclaré de l'unité de direction et de l'indispensable nécessité de l'autorité complète et sans entraves du médecin-directeur de tout asile d'aliénés, jamais il ne proposera d'introduire un professeur étranger dans un établissement dirigé par un médecin spécialiste. »

Il en concluait que l'enseignement clinique des maladies mentales ne pouvait être fait que par le médecin de l'asile.

En 1849, le docteur Falret étudiait à nouveau la même question[2]; il mettait ses idées en pratique en ne déplaçant pas les aliénés pour les observer et en allant les trouver dans le lieu ordinaire de leur séjour. Le professeur de clinique, disait-il, doit se faire accompagner par tous ses élèves et parcourir avec eux toutes les parties de l'établissement; il estimait que la clinique pouvait même être avantageuse au malade et devenir le point de départ et la cause de la guérison.

Le docteur Diday[3] a publié un très long et remarquable article en faveur de la création de chaires spéciales à la Faculté de

1. *Annales médico-psychologiques*, 1847, t. X.
2. *Ibid.*, 1847, p. 562.
3. *Lyon médical*, 1860.

médecine de Paris. Il réclamait pour la psychiatrie, spécialité bien définie, une chaire de clinique, pour permettre aux médecins d'étudier les maladies mentales et aux futurs spécialistes la possibilité d'éviter les tâtonnements qui ont retardé à leurs débuts des hommes comme Guislain qui, seul et sans maître, a passé dix ans de sa vie à interroger l'homme vivant et le cadavre, dix autres à méditer sur ce qu'il voyait, pour apprendre, enfin, au bout de ce temps, à soigner et guérir les aliénés.

« Pour connaître l'homme malade, disait Diday, et l'aliéné plus que tout autre, il faut bien se garder de l'abstraire de ce qui l'entoure; il faut, au contraire, l'étudier dans le milieu où il a vécu, connaître les agents physiques et moraux qui l'ont, en quelque sorte, façonné. De là, la nécessité de faire une large part aux temps, aux lieux, aux conditions morales, religieuses, politiques, aux habitudes, à l'état de civilisation dans lesquels s'est trouvé le malade.

« Vue de plus haut, cette analyse conduit le médecin à apprécier, dans les conditions diverses de leur existence, les peuples dont l'histoire nous a conservé le souvenir, ou les nations qui couvrent aujourd'hui la surface du globe.

« De là aussi la nécessité pour lui de larges et complètes études historiques, géographiques, météorologiques, commerciales et économiques, pour arriver à se rendre compte du mode de production, de la fréquence relative, des formes diverses et des procédés de guérison de la folie. »

En 1834, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles mettait au concours : « Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale pour l'établissement d'un asile d'aliénés. » Brierre de Boismont obtint le prix et son Mémoire a été inséré dans le tome XI des *Annales d'hygiène publique*. Brierre de Boismont était partisan convaincu de la réunion des fonctions administratives et médicales, et des asiles à un étage.

A la même date, Ferrus disait : « L'autorité du médecin doit être sans limite sous le rapport du traitement et de la direction intérieure des asiles d'aliénés » ; et plus tard, commentant l'ordonnance du 18 décembre 1829, qui autorisait la réunion des fonctions de médecin et de directeur, il ajoutait : « La réflexion et l'expérience ont suffisamment appris que la direction médi-

cale des asiles d'aliénés ne ressemble en rien à celle d'un hôpital ordinaire ; un médecin d'aliénés, outre le traitement médical, doit s'occuper de *tous les détails administratifs* qui peuvent concourir à la guérison de ses malades. Il faut une direction médicale et morale à l'appui de la direction administrative. »

Unus consensus, consentia omnia, rappelait Girard de Cailleux, en 1843, dans un article inséré dans les *Annales médico-psychologiques,* sur l'organisation et l'administration des asiles d'aliénés, « où l'ordre, l'harmonie, l'unité de direction réclament l'intervention d'un seul homme, contrôlé, d'ailleurs, par une commission de surveillance sage et éclairée. Si l'on veut marcher, disait-il, dans la voie d'une réforme radicale des asiles d'aliénés, si l'on veut réaliser les idées du bien inspirées par une sage et haute philanthropie, il est nécessaire, dans l'organisation et l'administration de ces hospices, d'allier les principes médicaux à une judicieuse économie, à celle qui consiste, moins dans l'épargne de l'argent, que dans son meilleur emploi. Pour atteindre ce but vraiment humanitaire, il faut avoir une connaissance approfondie des aliénés, avoir épié leurs besoins, surpris leurs inclinations, afin d'appliquer les lois de la thérapeutique à leur guérison, c'est-à-dire à la construction de leur asile, au genre de surveillance qui leur convient, à l'hygiène réclamée par leur état. » Pinel considérait un hospice d'aliénés comme un petit gouvernement absolu, avec un organisme à tendances vicieuses, réclamant une force médicatrice constamment dirigée par l'autorité centrale.

Fort de ces idées et s'appuyant de l'autorité de Pinel, Esquirol et Ferrus, Girard de Cailleux démontrait que pour construire et organiser un asile d'aliénés, choisir le terrain, le site, l'emplacement et la nature des bâtiments, leur distribution, leur séparation pour le classement des malades, l'ameublement, le régime alimentaire et les vêtements, *le directeur-médecin était nécessaire, indispensable ;* il admettait dans un asile huit catégories de malades différents et ne voulait pas d'asiles contenant plus de trois cents à trois cents cinquante malades.

Suivant Hamoet[1], l'asile des aliénés d'Utrecht (Hollande) était

1. *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. II

fort mal organisé ; il fut démoli et entièrement reconstruit sous la direction du célèbre et savant professeur Schroeder Van der Kolk et sur ses indications. Ce nouvel asile, visité depuis par Guislain, méritait tous les éloges qu'on pouvait en faire. (Lettres médicales sur la Hollande). Dans l'asile d'Utrecht, le professeur Schroeder Van der Kolk, directeur-médecin, présidait au traitement des malades ; il avait pour assistant un médecin distingué, le docteur Van der Lith, qui plus tard devint médecin-directeur du même asile et membre associé étranger de la Société médico-psychologique française le 27 octobre 1879.

Le Dr Moreau (de Tours) a publié dans l'*Union médicale* et dans les *Annales médico-pyschologiques*, 1852, t. VI, p. 428, ses notes de voyage sur les établissements d'aliénés en Allemagne. Il était partisan convaincu de la réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef et donne les renseignements qui suivent :

L'asile de Halle contenait deux cent soixante-deux malades; le service médical était assuré par un directeur-médecin, un médecin-adjoint et un interne; le directeur-médecin qui, certes, a su rester médecin, était le docteur Damerow, célébrité psychiatrique, rédacteur de l'*Allegemeine Zeitschrift für psychiatrie ;* le Dr Forster, était médecin adjoint.

L'asile d'Eichberg (duché de Nassau), contenait deux cent vingt malades au maximum ; le Dr Fnell, était directeur-médecin, avec deux médecins adjoints.

L'asile de Siegburg, en 1852, au moment où le Dr Moreau (de Tours) le visitait, avait pour directeur-médecin le Dr Jacobi, doyen de la science psychiatrique en Allemagne. Il était à Siegburg depuis vingt-quatre ans ; il avait créé et organisé cet asile.

L'asile de Sonnenstein (Saxe) avait pour directeur-médecin le Dr Lessing et comme médecin adjoint le Dr Klotz. Le médecin-directeur faisait le service médical du côté des hommes et le médecin adjoint le service des femmes ; un troisième docteur faisait le service d'interne.

L'asile de Prague, construit en 1846 pour deux cents places, avait pour directeur-médecin le Dr Kostel, avec un médecin adjoint et deux médecins assistants. Le Dr Kostel avait été méde-

cin en chef à Gratz (Styrie) et avait remplacé à Prague le Dr Riedel, nommé lui-même à Vienne.

En 1851, lors de la visite du Dr Moreau (de Tours), l'asile de Vienne n'était pas terminé. Construit pour quatre cents malades, il a coûté un million de florins ; il y avait un médecin-directeur, puis trois autres médecins, dont l'un était le Dr Maresch, et enfin un interne. Le Dr Riédel, médecin-directeur de cet asile, y installa, en 1859, une clinique psychiatrique; il y en avait déjà trois en Autriche,

En 1854, il y avait à l'asile de Marsberg trois cent soixante malades soignés par un médecin directeur et un médecin adjoint, le Dr Koster.

En 1855, à l'asile d'Iéna, un médecin-directeur et un médecin adjoint pour cent quarante-quatre malades.

En 1854, à l'asile d'Illenau, un médecin-directeur, le Dr Roller, avec cinq autres médecins pour quatre cents quarante-sept malades.

En 1855, le Dr Solbrig était médecin-directeur de l'asile d'Erlangen (Bavière), asile de deux cents malades, qui avait coûté 250,000 florins. Le Dr Solbrig avait trouvé un asile fort défectueux, il l'avait peu à peu métamorphosé. Professeur de psychiatrie à l'Université d'Erlangen, il y acquérait une grande réputation ; plus tard, en collaboration avec l'architecte Reuter, il devint fondateur et organisateur de l'asile de Munich, puis professeur de psychiatrie à l'Université de cette ville.

Le Dr Solbrig mourait en 1872, à soixante-trois ans, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Munich et auteur du livre « *Crime et folie* » ; il a aussi publié de nombreux articles dans l'*Allegemeine Zeitschrifft für Psychiatrie*. Ce fut, dit Brierre de Boismont, une véritable perte pour la science.

« Dans un asile d'aliénés, disait J.-P. Falret[1], *j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin*. Nous regrettons que partout en France, ce qui a été fait à Fains pour le Dr Renaudin et à Illenau pour le Dr Roller ne soit pas encore la règle; mais les amis des aliénés doivent compter sur l'habileté et la haute influence de M. Ferrus pour faire adopter cette mesure. »

1. *Annales médico-psychologiques*, 1845, t. V, p. 419.

Avant 1827, suivant le même auteur, les aliénés étaient placés dans les plus mauvaises conditions, d'abord à Pforzheim et plus tard à Heidelberg. Sous l'influence d'un homme de tête et de cœur, le Dr Roller, qui se fit le défenseur convaincu et habile des aliénés. le gouvernement se décida à acheter près d'Achern un terrain convenable dans un site pittoresque et ravissant. Les travaux commencèrent en 1838, d'après *le plan élaboré en commun* de l'architecte Vos et du Dr Roller.

A l'asile d'Illenau (J.-P. Falret), l'administration et le service médical ne font qu'un; le *médecin* est en même temps le *directeur*, suivant l'usage établi en Allemagne depuis l'exemple donné par le célèbre Jacobi. Roller, le médecin-directeur. est puissamment secondé par un deuxième et un troisième médecin. les Drs Hergt et Fischer; l'un s'occupe plus spécialement des femmes et l'autre des hommes; mais le directeur-médecin fait la visite, tantôt dans un service, tantôt dans un autre; les médecins adjoints recueillent toutes les observations et se réunissent deux fois par jour avec le médecin en chef dans une salle particulière où ils échangent leurs idées sur toutes les questions intéressantes du service; il y a harmonie parfaite entre la hiérarchie et la libre activité de chacun des médecins; le directeur-médecin choisit ses auxiliaires et en fixe le nombre.

A propos du nombre des malades à soigner dans le même asile, le Dr Morel[1] disait: « Tandis que nos asiles français sont encombrés et que notre essor scientifique est entravé par les détails assujettissants d'un service surchargé, nous voyons en Allemagne deux sortes d'établissements; dans le grand duché de Bade, par exemple, on trouve :

1° Le Heilaustalt pour les curables à Illenau ;

2° Le Pflegeaustalt pour les incurables à Forsheim.

Le Dr Roller, directeur-médecin d'Illenau, a six médecins résidents sous sa direction, et à Forsheim il y a aussi six autres médecins chargés du traitement. Chaque asile ne devrait contenir que trois cents ou quatre cents malades avec un certain nombre de médecins.

Sur le même sujet et en réponse au Dr Morel, le Dr Lunier estimait qu'un asile d'aliénés ne devait pas contenir plus de

1. *Annales Médico-psychologiques*, t. I, 1869, p. 282.

quatre cents lits, mais que toutes les catégories d'aliénés devaient être réunies dans le même asile; il ajoutait qu'en Allemagne on tendait à revenir à ce système, adopté d'ailleurs en Suisse.

Le Dr Girard de Cailleux ne partageait pas les idées de Morel sur la distinction à établir entre les curables et les incurables, attendu, disait-il, qu'il était souvent impossible de porter le pronostic, incurabilité; il rappelait à juste titre que Ferrus avait cité un cas de guérison après vingt-deux ans, que Ellis et Parchappe en avaient observé plusieurs cas après dix-neuf ou vingt ans; il en concluait que ces faits étaient suffisants pour empêcher de placer le mot « incurables » à la porte de nos asiles.

Dans ses lettres au Dr Ferrus, parues en 1845 et 1846 dans les *Annales médico-psychologiques*, le Dr Morel avait remarqué les avantages obtenus par la réunion des fonctions, et écrivait : « Pour éviter que l'autorité, tiraillée en divers sens, n'ait pas l'unité d'action si nécessaire pour atteindre le bien, en Allemagne, les médecins sont en même temps les directeurs; ainsi Roller est directeur-médecin à Illenau et Zeller est directeur-médecin à Winnenthal.

Dans l'éloge de Morel par le Dr Motet, nous lisons le passage suivant: « Morel, médecin en chef de Maréville, était gêné dans ses allures indépendantes par Parisot, le directeur, homme froid, d'une ponctualité désespérante, et chez lequel le règlement s'était incarné avec une spirituelle malice. Morel ne manquait jamais, quand l'occasion s'en présentait, de répéter à Parisot la phrase de Falret: « Dans un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin. » Que de fois, d'ailleurs, ne lui avons-nous pas entendu tenir le même langage, mais de sang-froid et pour appuyer sa manière de voir!

Les idées d'Esquirol et de Ferrus, en matière d'hospitalisation des aliénés, eurent leur écho jusque dans l'île de Malte, car Aubanel, parlant de l'asile des aliénés de Malte[1], a rapporté qu'en 1837 le gouvernement anglais songeait à établir une maison d'aliénés à Malte, dans le local de l'ancienne habitation des fous (la Floriana). Il chargea le Dr Chetcuti, futur directeur-

1. *Annales médico-psychologiques* 1844, t. III, p. 186.

médecin, de fournir un plan d'asile pour y placer tous les aliénés de l'île, de manière à leur prodiguer tous les soins éclairés dont ils pourraient avoir besoin. Le Dr Chetcuti mit en pratique les idées d'Esquirol pour les préaux et de Ferrus pour l'infirmerie, les dortoirs des convalescents et des tranquilles, avec deux étages malheureusement; mais il n'obtint pas sans peine la séparation des aliénés des deux sexes. Dans le quartier des agités on remarquait une *cellule matelassée*. Le Dr Chetcuti, directeur-médecin, avait près de lui un conseil permanent dit Comité de charité, mais il relevait directement du gouverneur de l'île.

Dans un article : *Surveillant, infirmier, gardien*, le Dr Bouchet, médecin en chef de l'asile de Nantes[1], s'exprimait ainsi : « Pour les aliénés, il faut plus que de la douceur, plus que du zèle, plus que du dévouement, il faut encore la connaissance de la folie. » Les aliénés sont des malades et non des énergumènes possédés du démon pour qui « un saint exorciste et un médecin pieux seraient nécessaires[2]. » Le médecin avec des Frères hospitaliers de Saint-Augustin ne pourrait pas *prescrire* et faire *exécuter* le régime physique et moral des aliénés; il ne pourrait pas *exercer la police médicale et personnelle*, et n'aurait pas sous son autorité directe le surveillant, les infirmiers et les gardiens, comme le veut l'ordonnance royale de 1839. Dans un service d'aliénés, l'unité de vues et de direction est indispensable, ce qui serait impossible avec des gens admettant l'intervention surnaturelle et la possibilité « de guérir par la foi, la prière et le jeûne tous les énergumènes ou aliénés d'esprit dont la folie ne remontait pas à plus de huit mois[3]. »

Le Dr Renaudin, qui était certainement un savant de premier ordre, a laissé aussi une grande réputation d'administrateur. En 1845, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Fains, il a fait sur l'administration des asiles d'aliénés des remarques judicieuses, frappées au coin du bon sens; elles sont consignées en deux articles substantiels dans le tome V (1845), pages 74 et 224 des *Annales médico-psychologiques*. Il y dit :

« La direction d'un asile d'aliénés est devenue une science

1. *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. III, p. 53.
2. Doctrine des Frères hospitaliers de Saint-Augustin.
3. Doctrine du P. Hilarion.

médicale, intéressante à plus d'un titre. En devenant administrateurs, nous sommes devenus, si je puis m'exprimer ainsi, *plus médecins.* »

Cette observation de Renaudin en 1845 serait-elle une réponse anticipée aux allégations d'un polémiste contemporain, un aliéniste, qui soutient que l'administrateur étouffe le médecin; elle est aussi en contradiction avec ce que disait (le 27 janvier 1873) Legrand du Saulle faisant l'éloge de Dumesnil, récemment promu inspecteur général : « Contrairement à ce qui a lieu si souvent, M. Dumesnil, *quoique directeur, a su rester médecin.* »

Le Dr Ch. Spurzheim était directeur-médecin de l'asile des aliénés de la basse Autriche; ancien député au Parlement de Francfort en 1848, ancien médecin en chef de l'asile des aliénés d'Ybss, Spurzheim avait entrepris de faire adopter d'importantes réformes dans le service des aliénés, et avant de s'y attacher, il avait visité les asiles d'aliénés de France, Belgique et Allemagne. L'histoire ne dit pas s'il avait su rester médecin; on le suppose. Il mourut à soixante-quatre ans, le 8 octobre 1872.

Renaudin prétendait, il n'est pas le seul, que la réunion des fonctions s'imposerait : « L'ordonnance du 18 décembre 1839, article 13, autorise, disait-il, une heureuse innovation dont l'Allemagne donnait depuis longtemps l'exemple : la réunion des fonctions de directeur et de médecin. Cette organisation, la seule normale, *quelle que soit l'étendue de l'asile*, sera sans doute, un jour, étendue à tous les établissements; car, malgré les précautions minutieuses prévues par le règlement du service intérieur, il y aura toujours des froissements entre le médecin et le directeur, préjudiciables aux intérêts du service.

« Le médecin est l'âme de l'asile, c'est sur lui que repose la responsabilité morale, et lui seul est compétent pour résoudre et étudier les questions les plus importantes; *ses inspirations vivifient la règle morte des règlements.*

« Dans un asile d'aliénés il faut l'unité de direction, l'homogénéité du personnel, la subordination hiérarchique de tous les membres qui le composent, des attributions bien définies, l'absence de toute influence occulte et extra-réglementaire. Les limites à poser à l'action du médecin ne peuvent être fixées, l'administrateur doit s'effacer devant les préceptes d'une science qu'il ne peut contrôler, l'organisation médico-administrative est

la seule possible; mais le directeur-médecin doit consacrer toute son existence à la mission qui lui est confiée. »

Le Dr Desmaisons, dans un travail paru en 1859, sur les asiles d'aliénés en Espagne, y constatait l'organisation défectueuse des asiles d'aliénés où n'avaient pas pénétré les progrès réalisés en d'autres pays. Le 28 juillet 1859, le ministre de l'Intérieur signalait à la reine la mauvaise organisation de ce service, et peu après un décret royal était promulgué, avec un *programme* pour la construction d'un asile d'aliénés modèle.

Le service médical était placé entre les mains d'un *médecin-directeur*, et cette mesure inspirait au Dr Desmaisons (élève d'Esquirol, camarade de Baillarger) les lignes suivantes : « Heureuse l'administration qui aura réparé l'oubli et les erreurs de celles qui l'ont précédée! Plus heureux le médecin que la justice éclairée de l'auteur du *programme* place en tête du personnel sous le titre de médecin-directeur et qui, revêtu de l'autorité nécessaire, véritable chef de service, secondé comme il convient, possédant tous les moyens d'enseignement, acquerra une gloire impérissable. »

Le *programme* prévoyait près du logement du directeur-médecin une salle pour la bibliothèque, une autre pour un musée d'anatomie pathologique avec cabinet pour les instruments de physique et de chirurgie, un amphithéâtre pour cent cinquante étudiants en médecine et une salle d'autopsie.

Les espérances du Dr Desmaisons ne se réalisèrent pas de sitôt, car en 1886, notre regretté collègue et ami, le Dr Laffitte, analysant un article du journal *El Siglo medico*, constatait que non seulement l'asile-modèle n'était pas construit, mais que de nouveaux projets étaient à l'étude,

Le Dr Mundy (Moravie) réclamait pour les médecins aliénistes la direction des asiles; il voulait que le service des aliénés fût un service public et critiquait le système anglais, où les médecins n'ont aucune action sur les différents services, ce qui provoque de nombreux conflits entre les médecins et les administrateurs[1].

Le Dr A. Brierre de Boismont, en 1860[2], parlant des établis-

1. *Mental science*, octobre, 1861.
2. T. VI, p. 394 des *Annales médico-psychologiques*.

sements d'aliénés en France, disait que l'impulsion donnée par Esquirol avait trouvé d'ardents imitateurs à l'étranger : *le système français* se caractérisait par la centralisation des bâtiments d'administration; les divisions des hommes et des femmes étaient parallèles ou perpendiculaires à l'axe, avec affectation du rez-de-chaussée pour le jour et du premier, trop souvent du second étage, pour les habitations de nuit.

Le *système anglo-américain* donnait la préférence aux chambres sur les dortoirs, avec tous les éléments d'un quartier au même étage; on y remarquait la superposition des quartiers aux divers étages d'un même bâtiment et la restriction des principes de classement aux états de tranquillité, agitation, gâtisme, sans distinction entre les curables et les incurables.

Le système allemand séparait nettement les curables des incurables dans deux établissements différents; il y avait des dortoirs comme en France,

Dans *les Principes à suivre pour la fondation et la construction des asiles d'aliénés* (1853), Parchappe avait démontré la supériorité du système français de la construction des quartiers, au point de vue du classement.

Le système du traitement à l'air libre avait un partisan convaincu en la personne du Dr Parigot, qui dirigeait la colonie de Gheel; mais il n'est pas facile de trouver une localité et des habitants réunissant ce qu'on a trouvé à Gheel, où, d'ailleurs, il a fallu construire *une infirmerie centrale;* mais cela existait en France, le traitement à l'air libre, à Auxerre, Quimper, Quatre-Mares, le Mans, Blois, Stephansfeld, et partout où il y avait des champs sans murs de clôture.

Le Dr B. de Boismont voulait un asile construit pour cinq cents malades à plusieurs kilomètres d'une ville, dans une propriété plantée d'arbres, pourvue d'eau, avec vues variées et orientation des bâtiments à l'Est ou à l'Ouest ; les bâtiments des services généraux au centre, les divisions des hommes et des femmes sur les côtés, parallèles ou perpendiculaires à l'axe, avec ateliers multiples, colonie agricole, école, jeux divers, etc.

Griesinger[1] ne se montrait pas partisan des asiles séparés pour curables et incurables (genre Illenau et Halle), et ne voyait

1. *Traité des maladies mentales*, 2e édition, 1864.

aucun inconvénient au mélange des curables et incurables habitués à la discipline de l'asile.

L'asile public, suivant lui, doit être d'un accès facile pour les cas récents ; ce n'est pas autre chose qu'un hôpital pour malades atteints de maladies du cerveau ; pas une école, une fabrique, une caserne ou une prison. La *direction* doit toujours être entre les mains d'un *médecin en chef*, d'un aliéniste vrai médecin et pas uniquement philosophe ou moraliste. En tête du personnel, sous la haute surveillance du gouvernement, se trouvera donc le *directeur-médecin* avec plusieurs médecins adjoints.

Le Dr J. Falret[1] ne voyait pas entre la colonie de Gheel et nos asiles d'aliénés français une distinction aussi tranchée qu'on avait bien voulu le dire. Gheel, par la réforme de son administration et du service médical, par la création d'une infirmerie centrale, tendait à imiter ce qui avait été fait dans les asiles d'aliénés ordinaires, lesquels, par contre, tendaient de jour en jour à augmenter la somme de liberté accordée à leurs malades par la création de colonies agricoles. Gheel se perfectionne en se rapprochant des asiles fermés, et ceux-ci marchent prudemment et progressivement dans la voie de la liberté en se rapprochant de Gheel amélioré. Faut-il, comme à Gheel, faire de l'infirmerie l'annexe de la colonie ou bien, au contraire, faut-il faire de la colonie l'annexe ou le complément d'un asile bien organisé ?

La colonie de Fitz-James, fondée en 1847 par les frères Labitte, comme annexe de l'asile de Clermont, la tentative de Ferrus à la ferme Sainte-Anne en 1828, et, enfin, l'asile médico-agricole de Leyme (Lot), fondé en 1837, sont autant de preuves que de tout temps, en France, on s'est proposé l'amélioration du sort des aliénés par le travail au grand air et dans des conditions fort suffisantes de liberté. Peut-on demander plus que ce qui se passe à Leyme, où les aliénés sont libres de travailler ou vagabonder au loin dans la campagne, sans autre garantie que celle de l'habitude contractée par eux de rentrer le soir au son de la cloche ?

Le Dr Dagonet[2], parlant du Dr Renaudin et de ses admirables

1. *Société médico-psychologique*, 30 décembre 1861.
2. *Annales médico-psychologiques*, 1863, t. II.

Commentaires médico-administratifs, s'exprimait ainsi : « Nous félicitons vivement le Dr Renaudin *de s'être toujours placé au point de vue médical, même en traitant des matières administratives*, et d'avoir bien fait saisir cette chaîne indissoluble qui rattache l'administration au service médical; *nous croyons, comme lui, qu'il faut être d'abord médecin* pour administrer convenablement un asile d'aliénés.

« La santé du malade, son bien-être, tel est le but de l'institution; tout doit être réglementé en vue de cet objet : le choix des moyens de traitement, leur application, l'impulsion à donner aux agents chargés d'exécuter les prescriptions, les dépenses elles-mêmes doivent avoir, dans leur majeure partie, un caractère essentiellement médical.

« Nous ne traiterons pas ici la question de savoir si un médecin peut administrer sans perdre ses qualités médicales et si la double fonction ne dépasse pas la mesure de ses forces. Pour nous, nous croyons *que le véritable médecin reste médecin quand même*, que le caractère dont il est revêtu rehausse encore les fonctions administratives dont il est chargé ; *qu'il peut, sans aucune crainte, prendre la responsabilité des services médicaux et administratifs si grands qu'ils puissent être*, pourvu que ceux-ci soient convenablement organisés et que lui-même trouve dans le personnel qui l'entoure un concours efficace. Loin de s'épuiser dans des luttes stériles et dans des vues divergentes, les forces du médecin-administrateur ne peuvent que s'agrandir en présence de la mission qui lui est confiée, et le double service fonctionnera alors dans un parfait accord, si nécessaire à la prospérité de l'établissement.

« Que serait après tout l'asile où l'administration n'aurait pas ce caractère médical? Ce ne serait plus la maison de santé! Le traitement n'y deviendrait plus qu'une chose accessoire. »

Le Dr Henri Bonnet[1], qui a successivement été médecin en chef, puis directeur-médecin, se déclare partisan convaincu de la réunion des fonctions et regarde comme une chose mauvaise la division des pouvoirs, conduisant fatalement à la lutte et aux rivalités forcées, soigneusement entretenues par les subalternes.

1. *Annales médico-psychologiques*, 1864, t. IV, p. 265.

Le docteur J. Falret[1], traitant des divers modes d'assistance applicables aux aliénés, disait que nous ne devons renier aucun des grands principes proclamés depuis un demi-siècle par nos maîtres illustres, principes propagés dans tous les pays par leurs successeurs : *une réforme radicale serait un pas en arrière et non un pas en avant.*

1° Le séjour des aliénés dans leurs familles, avant leur placement dans des établissements spéciaux, ne se faisait que trop autrefois par suite de l'insuffisance des places disponibles dans les asiles d'aliénés.

Pour les *aliénés curables*, il faut, en règle générale, recourir le plus rapidement possible au placement dans les asiles (Parchappe), sauf les cas exceptionnels (délire aigu toxique).

Pour les *aliénés dangereux*, la question serait simple à résoudre s'il était facile de reconnaître les aliénés dangereux des inoffensifs et incurables, et s'il y avait à cet égard des données scientifiques précises, ce qui n'est pas, malheureusement.

Pour les *aliénés inoffensifs et incurables*, les chroniques, les déments, paralytiques, idiots, épileptiques, la question se pose comme pour les aliénés dangereux ; mais, en principe, leur admission dans les asiles ne s'impose pas et devrait même être proscrite autant que possible ; malheureusement, parmi eux, un grand nombre, à Paris notamment, ne peuvent être conservés dans leur famille ; il en est de même en province, dans les cités industrielles et à la campagne, où la maison est souvent vide et pas surveillée.

2° Le *renvoi des aliénés dans leurs familles*, après un séjour plus ou moins prolongé dans les asiles, paraît assez facile, le médecin ayant pu facilement se rendre compte de l'état du malade et reconnaître parmi les incurables ceux qui ne sont plus dangereux ; mais le médecin hésitera souvent à se prononcer ou se heurtera à des difficultés pratiques et désespérantes faisant obstacle au retour du malade dans son pays et dans sa famille, qui fait souvent la sourde oreille, quand on lui demande de reprendre le malade devenu inoffensif. Les objections ou les impossibilités pourraient cependant être combattues et diminuées notablement par la création des sociétés de patronage.

1. *Société médico-psychologique*, 12 décembre 1864.

En 1864, au Congrès médical de Lyon, on avait posé la question suivante : *De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles;* c'était évidemment dans le but de porter remède à l'encombrement des asiles d'aliénés.

Le Dr D. Brunet, alors directeur-médecin de l'asile de Dijon, ne partageait pas les idées d'Esquirol sur l'heureuse influence de l'asile bien construit et bien aménagé sur l'état mental des aliénés, et il a cherché à démontrer que, souvent, l'aliéné trouvait à l'asile un milieu défavorable. Il ne croyait pas tous les aliénés dangereux, comme Renaudin, mais se gardait bien de donner les signes permettant de distinguer ceux qui l'étaient de ceux qui ne l'étaient pas; il proposait déjà le *traitement familial direct* et s'en était bien trouvé à Niort, et il s'en trouvait aussi bien à Dijon, puisque le nombre des aliénés assistés ne subissait pas d'augmentation; quand l'aliéné ne pouvait pas rester au milieu des siens pour une cause quelconque, il proposait de le placer dans une exploitation agricole, peu éloignée de son domicile, ou dans un hospice. Nous avons essayé ces deux moyens sans avoir jamais réussi. M. Brunet n'était pas partisan d'un Gheel français parce que, à Gheel, les aliénés étaient plus libres de nom que de fait.

Au même Congrès de Lyon, le Dr Motet traitait magistralement la question, et, en termes éloquents, montrait les progrès accomplis dans l'art de soigner les aliénés. « Rendre l'aliéné à la vie de famille, disait-il, lui donner une somme de liberté plus grande, ce ne sont point là des idées nouvelles; seulement, après avoir longtemps sommeillé, elles reparaissent aujourd'hui, plus vivement défendues que jamais; les difficultés, les impossibilités même sont laissées dans l'ombre. »

Pour lui, l'aliéné dangereux ou non a besoin d'être surveillé, et, dans les familles pauvres, cette surveillance manquera presque toujours.

Partisan des colonies agricoles, mais autour et près de l'asile central, il rappelait ce qui avait été fait à Clermont et ailleurs; il voulait bien admettre l'assistance familiale directe avec secours en argent, mais il faisait observer que les cas pour lesquels cette situation était possible seraient bien rares.

Le Dr J. Girolami, médecin-directeur du manicôme de Pesaro, a résumé ses travaux, en 1865, dans une publication dont le premier volume contient une première partie dite *l'Organisation des asiles du royaume*, sujet qui préoccupait alors tous les aliénistes italiens, travail considérable et très complet envisageant la question sous toutes les faces du problème et en particulier l'enseignement de la psychiatrie qui comptait déjà cinq ou six chaires en Italie.

Le Dr Girolami se déclare *partisan de la réunion des fonctions;* il démontre la nécessité de placer l'autorité dirigeante entre les mains d'un directeur-médecin; il se montre au courant de toutes les discussions à ce sujet et se prononce carrément pour la suprématie médicale, le praticien étant seul à connaître les formes multiples, protéiformes de la folie et le traitement à instituer; le directeur-médecin devait se tenir au courant de tous les progrès à réaliser et ne pas négliger la colonisation. Girolami avait visité les principaux établissements d'Italie, de France, d'Angleterre, d'Ecosse, de Belgique et d'Allemagne.

Le Dr Miraglia partageait les idées de son compatriote. Il était directeur-médecin de l'asile d'Aversa, à titre provisoire, depuis l'année 1860, quand il fut titularisé dans le même emploi par décret de Victor-Emmanuel, consacrant le principe « qu'il y avait tout intérêt à ne pas diviser les pouvoirs et à les concentrer entre les mains du médecin. »

Le Dr Le Menant des Chesnais, dans un travail sur *les Etablissements d'aliénés* [1], disait, en parlant de la réunion des fonctions médicales et administratives : « Nous croyons cette mesure bonne, parce que l'unité du service, les besoins du malade, les règles de l'hygiène et du traitement ne peuvent que gagner sous une direction médicale intelligente et consciencieuse. Pour notre compte, nous ne pensons pas que *l'importance de l'établissement* puisse faire exception. » C'était aussi l'avis émis par Parchappe, Renaudin et Dagonet.

Le Dr Lunier [2], dans une savante et très documentée recherche sur le service des aliénés en Suisse, avait rencontré sept fois sur dix la réunion des fonctions dans les asiles d'aliénés et il ajou-

1. *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. X, p. 61.
2. *Aliénation mentale en Suisse*, 1868.

tait que, dans tous les asiles fondés depuis vingt ans, les fonctions avaient été réunies sur une seule tête, le médecin en chef, dont l'autorité était indiscutée ; toutefois, pour certains détails de service, les attributions de l'économe étaient augmentées. « Partout en Suisse, on admet sans conteste que, dans une maison d'aliénés, la situation de médecin en chef ne doit jamais être subordonnée. et qu'il doit toujours pouvoir manier, sans entrave, *ce précieux instrument de traitement* qu'on appelle *l'asile*, et surtout le personnel de surveillance. »

A l'asile de Zurich, le Dr Birmer, professeur de pathologie interne à l'Université, était directeur-médecin ; il faisait dans son service une clinique psychiatrique ; il avait un médecin adjoint.

Brierre de Boismont[1] disait que si Griesinger[2] avait proclamé hautement la nécessité de l'isolement pour le traitement des aliénés, il avait aussi indiqué, mais après Esquirol, Guislain et lui-même[3], les cas où il conviendrait de ne pas les séquestrer et de les placer suivant les indications, soit dans leur famille, soit dans des colonies agricoles. Pour Griesinger, c'était la solution du problème que recherchaient alors tous les médecins aliénistes pour arriver à combattre l'encombrement toujours croissant des asiles. Mais avant Griesinger, Parchappe avait traité la question à fond et démontré que les asiles d'aliénés ne devaient plus recevoir que les aliénés curables ou dangereux, ou ceux qui manquent de secours, par suite de la misère de leur famille; il proposait même de donner, dans ce cas, une allocation aux parents pour les encourager à garder avec eux tous les aliénés inoffensifs.

Mais, en 1868, Griesinger s'attaque aux traditions de la médecine aliéniste relativement à l'assistance des aliénés, et, dans une brochure célèbre, d'ailleurs violemment combattue en Allemagne, s'il ne va pas jusqu'à demander l'abolition des asiles, il réclame quatre classes d'asiles. « Une chose nous a très surpris, ajoute Brierre de Boismont, dans le système de Griesinger, c'est le peu d'importance qu'il attache à l'habitation du médecin-directeur dans l'asile. Quarante-sept années passées au milieu

1. *Société médico-psychologique*, 13 novembre 1871.
2. *Maladies mentales*, 2e édition.
3. *Bibliothèque des médecins praticiens*, 1849, t. XI, p. 399.

de ces malades nous ont persuadé que le médecin seul était capable de conduire un pareil établissement, soit pour la direction de l'aliéné, son hygiène morale et physique, soit pour sa sûreté et celle des autres, son bien-être, son étude médico-psychologique et légale.

« Partisan des colonies agricoles dont nous avons entretenu l'Académie des sciences en 1865, nous croyons, avec Griesinger, qu'elles seront un des bons moyens d'augmenter la liberté des aliénés; mais il importe qu'elles soient dirigées par un médecin aliéniste et en rapport avec l'asile fermé, dans lequel doivent être renvoyés, de l'aveu même de Griesinger, les malades agités. »

Griesinger réclamait quatre asiles spéciaux, pour quatre catégories de malades, avec un mode d'assistance particulier et spécial, suivant les manifestations de la maladie, sans tenir compte de sa nature :

1° Asile pour les cas aigus, récents, soit au premier accès, soit par rechute ou par simple exacerbation d'un état chronique ou incurable (l'asile urbain);

2° Asile pour aliénés infirmes, inoffensifs et épileptiques, les paralysés;

3° Asile pour aliénés valides, bruyants, dangereux pour eux-mêmes et autrui, les déments agités, alcooliques et érotiques;

4° Asile pour les aliénés valides, ni dangereux, ni bruyants.

Le premier de ces asiles était l'asile de ville (Stadtasyl) destiné à un séjour transitoire des aliénés, destiné surtout aux besoins de l'enseignement du professeur de psychiatrie, tout en lui permettant de faire la clientèle dans la grande ville.

Westphal, qui a remplacé Griesinger dans la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses, lui a prodigué les plus grands éloges. « Lui, qu'on se plaisait à injurier en le qualifiant de théoricien et d'idéaliste en Allemagne, a fondé plus de choses pratiques qu'aucun autre : il a créé une clinique des maladies nerveuses et l'a mise en étroite relation avec la clinique psychiatrique ; il a réalisé le *non-restreint* à la Charité de Berlin, au milieu des circonstances les plus difficiles; il a introduit l'examen médical dans les cas douteux d'aliénation auprès de la haute cour de justice. Grâce à lui, la question de l'assistance des aliénés prit soudain un essor inconnu jusqu'alors; il s'enthou-

siasma pour le « traitement libre » d'une certaine catégorie d'aliénés et pour une série de réformes que la mort seule l'a empêché d'accomplir.

Malgré l'opposition de certains aliénistes allemands, de nouvelles cliniques psychiatriques ne tardèrent pas à s'installer dans les villes universitaires allemandes. Roller[1] continuait à regarder comme insoutenables les idées de Griesinger, et cependant, quelques années plus tard, en 1878, on inaugurait à Heidelberg une clinique psychiatrique à côté des autres cliniques médico-chirurgicales; le docteur Fürstner en a publié les résultats avantageux de 1878 à 1883.

A Leipzig, malgré l'avis des psychiatres réunis à Dresde en 1878, le gouvernement du royaume de Saxe chargea le professeur Flechsig d'organiser une nouvelle clinique suivant les idées de Griesinger; elle fut ouverte le 2 mai 1882 et avec succès.

A Strasbourg, la clinique psychiatrique était inaugurée le 29 octobre 1886 et, dans les mêmes conditions, en connection avec les autres cliniques.

A Fribourg, le professeur Emminghaus était chargé de la clinique psychiatrique en 1887.

A Halle, le professeur Hitzig était chargé de la clinique nerveuse et psychiatrique le 29 avril 1891.

A Würzburg, il en était de même le 1er juin 1893, avec le professeur Rieger.

Le professeur Ludwig Meyer de Gœttingue faisait remarquer, en 1889, que les aliénés arrivent toujours trop tard à l'asile des aliénés, tandis que dans les grandes villes on peut facilement les admettre dans les hôpitaux ordinaires tout à fait au début; il y a grand avantage pour l'enseignement à procéder ainsi.

Wernicke (de Breslau) reconnaît qu'on doit à Griesinger d'avoir élevé la psychiatrie au rang d'une science clinique, du moins en Allemagne, et que, à Breslau, on a pleinement réalisé l'idéal de Griesinger.

L'asile urbain, la clinique provisoire n'eurent pas seulement l'avantage de faciliter et de faire progresser l'enseignement de la psychiatrie, ils permirent de s'apercevoir que, dans un asile

1. *Psychiatrische Zeitfragen*, 1872.

ordinaire, on pouvait arriver à la suppression de la division spéciale des agités avec des cellules d'isolement.

Rieger en faisant cet essai, *sans précédent*, à Würzburg en 1895, en attribuait le mérite à l'expérience acquise à la clinique provisoire. Les malades agités isolés en cellule capitonnée sont fatalement négligés ; ils réclament une surveillance active de la part des médecins et des gardiens. Il est plus utile et nécessaire d'avoir une salle de surveillance continue avec un médecin au moins pour huit à dix malades.

Nous avons vu faire l'essai de la suppression des cellules en France, à Tours en 1866, par le Dr Danner, dans un service de deux cents cinquante femmes, lors de la reconstruction du quartier des aliénés à l'hospice général de Tours ; il a pleinement réussi. Mais cet essai a été fait sans bruit et sans la moindre publicité, et avec un personnel médical et de surveillance fort rudimentaire, mais dévoué et plein de confiance dans son chef.

Le Dr Scholz avait, avant Rieger, supprimé les cellules dans l'asile de Brème et en Ecosse; depuis 1858, la réclusion en cellules n'était plus en usage à l'asile d'Argyll ; tous les malades couchaient en dortoir.

Quand Griesinger parlait du traitement libre et du non-restreint inauguré dès 1839 par Conolly à Hanwell, il en avait fait déjà l'expérience à Zurich en 1864 ; il ne faisait donc pas un essai en l'introduisant à la clinique de la Charité de Berlin et, d'ailleurs, L. Meyer en avait fait l'application à Hambourg en 1861-1865.

Griesinger critiquait les dépenses considérables faites et à faire pour les asiles fermés. Il estimait que pour beaucoup de malades chroniques, cause de l'encombrement, il était préférable de les installer à la campagne dans une colonie agricole, ce qui fut plus tard réalisé (1876) à Alt-Scherbitz (Saxe) après avoir été fait en France à la ferme Sainte-Anne en 1828 par Ferrus, à Fitz-James par les frères Labitte, et aussi à Leyme (1837).

En Allemagne, c'est le Dr Kœppe, créateur d'Alt-Scherbitz, qui a, le premier, réalisé le système de la colonie agricole des aliénés avec un petit asile central fermé, où une surveillance active est exercée sur les malades qui en ont besoin, et tout autour une série de *petites maisons*, simples logements de paysans ou d'ouvriers, formant la colonie ouverte. Le Dr Mundy prétend que « la

colonie d'Alt-Scherbitz est le Schibboleth de toute la question de la réforme de l'assistance des aliénés » ; son enthousiasme sera partagé par le Dr Sérieux, comme nous le verrons plus loin.

Cette question des colonies agricoles d'aliénés a d'ailleurs été complètement traitée par le Dr Paetz, directeur-médecin d'Alt-Scherbitz (Berlin, 1893).

Le Dr Pétrequin, de Lyon [1], où il jouissait d'une grande et légitime considération, a eu, à l'occasion de cette publication, les honneurs d'un rapport de M. Dagonet et d'une discussion publique à la Société médico-psychologique, le 27 octobre 1873.

Après avoir parlé des asiles d'aliénés, de la nécessité d'y annexer une exploitation rurale, montré l'importance des travaux manuels et des exercices physiques, Pétrequin concluait, avec Esquirol, *que tout est médical dans un asile d'aliénés*, que la médecine doit y avoir la haute main, et que c'est à juste titre que, par l'ordonnance de 1839, la réunion des fonctions de directeur et de médecin a été prescrite toutes les fois que cela serait possible ; ce qui, d'ailleurs, est devenu la règle en Angleterre, en Belgique, en Hollande, en Suisse, en Italie et en Allemagne. Le Dr Ch. Loiseau soutenait les mêmes idées, avec le plus grand talent, devant le conseil général de la Seine, à la même époque.

Le Dr Dagonet partageait les idées de Pétrequin et du Dr Ch. Loiseau en demandant pour les aliénés l'intervention médicale prédominante et largement comprise : « La séparation des fonctions médicales et administratives, à peu près impossible à circonscrire en pratique d'une manière satisfaisante, est, à un autre point de vue, une chose regrettable ; elle devient une source de conflits où le bien-être des malades disparaît devant des questions d'intérêt personnel ; elle porte trop souvent enfin une atteinte sérieuse à la dignité du médecin, par suite de l'empiètement inévitable sur ses attributions et de l'effacement qui peut en résulter de son influence morale et légitime. »

M. Blanche, parlant après M. Dagonet, déclarait qu'au sein de la Commission chargée par le Conseil général de la Seine de présenter un projet d'organisation des asiles publics de ce départe-

1. *Recherches sur la réorganisation de l'assistance publique.* Paris, J.-B. Baillière, 1873.

ment, il avait cherché à faire prévaloir le système qui consiste à attribuer la direction supérieure de l'asile au médecin en chef; mais ses efforts avaient échoué contre l'opinion de la majorité de la Commission, qui avait décidé que les fonctions médicales et les attributions administratives seraient complètement séparées dans les asiles de la Seine.

Le D[r] Lunier estimait que le mieux serait de confier la direction des asiles au médecin en chef, afin d'éviter les conflits d'attributions et d'assurer l'unité du service, sous le contrôle d'une Commission de surveillance et avec le concours d'un agent administratif responsable, d'un économe, comme on l'appelle en Suisse, qui serait chargé de tous les détails matériels de l'établissement.

Le D[r] Semal, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Mons, administrateur intelligent, médecin éclairé, était un partisan convaincu de la réunion des fonctions médicales et administratives [1].

Le D[r] Lentz, médecin-directeur de l'asile de Froidmont, a présidé à la transformation de cet établissement, s'est beaucoup préoccupé de l'encombrement des asiles d'aliénés, et après avoir cherché le remède à cet état de choses, étudié le Block-system du D[r] Bucknill, le Cottage-system, la ferme-asile, arrivait à préférer le système familial, mais avec un asile central faisant peu à peu les frais d'installation de maisons rustiques, loin des villes, dans une des régions désertes du Luxembourg [2].

Le D[r] Guiseppe-Néri, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Pérouse, ne cachait pas sa répugnance profonde de voir un médecin en chef à côté d'un directeur. Il voyait là une cause permanente de conflits; il pensait, avec Ferrus, Esquirol et Guislain, que l'autorité devait être dans une seule main. Dans une brochure finement critique (Motet), Néri admire la quiétude de ceux qui veulent que les asiles ne soient pas fermés et qu'on ne prenne pas de précautions contre les malades ayant des idées de suicide ou autres : « Les fenêtres sans défense, c'est de la philanthropie poétique, disait-il, et la poésie en médecine mentale conduit aux plus pénibles désillusions. »

1. *Société médico-psychologique*, 24 novembre 1873.
2. *Ibid.*

Le Dr Néri était chargé de l'enseignement des maladies mentales à la faculté de médecine de Pérouse, après avoir fait d'ailleurs un cours libre pendant plusieurs années.

Le Dr Dagonet[1], faisant l'analyse d'un rapport du Dr Girard de Cailleux sur la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine, constatait que, depuis longtemps, Bicêtre et la Salpêtrière, d'où étaient partis les progrès remarquables qui avaient imprimé à la science de l'aliénation mentale une impulsion si vigoureuse, n'étaient plus au niveau des établissements départementaux élevés en province, après la loi du 30 juin 1838. L'asile d'Auxerre avait servi de modèle aux asiles de la Seine; la population devait y être restreinte à de justes limites, permettant à un directeur-médecin de subvenir aux nécessités du service; chaque asile devait recevoir les deux sexes. Enfin, à Paris, il fut installé un asile central, asile clinique, devant recevoir toutes les variétés de l'aliénation mentale, les cas aigus ou récents aussi bien que les cas chroniques.

Malheureusement, la direction de l'asile Sainte-Anne ne fut pas confiée à un médecin; « le Dr Girard de Cailleux, qui jouissait alors d'une autorité incontestable, ne s'est pas inspiré des sages remarques de J.-P. Falret et de ses propres idées développées antérieurement (1843). »

Enfin, « la création d'un bureau provisoire, bureau d'examen où les malades ne devaient être retenus que le temps nécessaire pour procéder à un premier examen et à l'accomplissement des formalités légales, était une pensée heureuse; mais il ne fallait pas le placer dans l'enceinte même de Sainte-Anne. » Comme le prévoyait M. Dagonet, le bureau d'examen s'est transformé en un véritable service où les malades sont retenus plus que de besoin, y subissent un commencement de traitement « ou bien sont gardés d'une manière définitive. »

Le Dr Bourneville[2] proposait de donner la direction des asiles au médecin en chef, en confiant le service administratif à un *agent comptable*, placé hiérarchiquement après le médecin en chef et en sous-ordre.

M. Motet[3] s'exprimait ainsi : « Falret père a résumé en quel-

1. *Annales médico-psychologiques*, 1878, t. XX, p. 29.
2. Rapport au Conseil général de la Seine, 1879.
3. *Annales médico-psychologiques*, 1879, t. II, p. 408.

ques mots toute une doctrine administrative et proclamé la nécessité de l'unité de direction dans des services où doivent être traités des malades, où le médecin doit être libre de faire ce qu'il trouve le meilleur, où ses ordres ne doivent pas être contestés, sous peine d'affaiblir une autorité dont il a sans cesse besoin. Cette vérité, presque élémentaire, a rencontré des adversaires passionnés; mais, enfin, elle s'est peu à peu imposée, et dans la plupart de nos asiles d'aujourd'hui, le médecin en chef est aussi le directeur, et les choses n'en vont que mieux. »

Le décret du 25 mars 1852 donnait au préfet le droit de nommer les médecins quand le ministre nommait les directeurs; le ministre doit nommer les directeurs, les médecins en chef et les médecins adjoints, et ceux-ci doivent être nommés au concours et destinés exclusivement au recrutement des médecins en chef ou directeurs-médecins. Les pensions de retraite doivent être servies par l'État et non par les Conseils généraux.

Le Dr Curven [1] rend compte des mesures adoptées par l'Association américaine des médecins-directeurs d'asile [2] pour l'installation d'un asile d'aliénés :

1° L'asile doit être situé à 3 kilomètres d'une grande ville;

2° L'asile doit avoir 20 hectares de terre au minimum et 40 hectares au plus pour deux cents malades;

3° Un réservoir de 400 mètres cubes d'eau;

4° Aucun asile ne doit être construit sans l'approbation des médecins-directeurs;

5° Le nombre des malades ne doit jamais dépasser deux cent cinquante.

Le Dr Wilkye Burman [3] pense qu'il y aurait avantage à isoler les aigus des chroniques, mais qu'il est inutile d'en faire deux catégories assez tranchées pour nécessiter des asiles spéciaux; il déplore que les aliénés, avant leur admission à l'asile, ne soient pas soumis à une sorte de quarantaine et, par suite, il réclame un bureau d'admission permettant de surveiller les malades au point de vue des maladies contagieuses. Dans les

1. *The alienist and neurologist*, janvier 1880.
2. Association fondée en 1844.
3. *Mental science*, janvier 1880.

formes curables de la folie, on doit, suivant lui, faire une thérapeutique active et recourir aux bains, à l'hydrothérapie, l'électricité, la lumière colorée, l'obscurité, la gymnastique, les sédatifs divers, la nitrite d'amyle, l'hyoscyamine, l'air comprimé ou raréfié, etc. Tous ces moyens arriveraient à diminuer l'encombrement toujours croissant dont souffrent les malades.

Le Dr M.-L. Gray[1] attire l'attention sur les inconvénients qu'il y a de traiter dans un asile les malades dont l'internement pourrait être évité. A la sortie de l'asile, le malade, ou mieux l'ex-malade, devient un objet de défiance et trouve difficilement au dehors les moyens de se créer une situation; puis il peut ressentir des effets plus ou moins fâcheux par suite du contact avec d'autres malades.

Il y aurait donc avantage à rechercher s'il ne faudrait pas mieux traiter certains malades chez eux, dans leur famille!

Le Dr Gray soignerait avec plein succès chez eux, dans leur famille, les mélancoliques, les folies puerpérales et quelques agités. La quinine, l'huile de foie de morue et le fer lui réussissent dans la mélancolie; il fait usage, avec succès, de l'hyoscyamine dans les formes avec excitation. Le Dr Gray prétend enfin que la thérapeutique est trop négligée!

Le Dr Ph. Rey visitait l'asile de Vienne en novembre 1882, asile construit pour 700 malades et en contenant 781 au 31 décembre 1881. Le Dr Schlager était directeur-médecin, avec 3 médecins chefs de service, ayant chacun 2 médecins adjoints; il n'y avait pas d'internes. Un administrateur est chargé du service matériel de l'établissement sous les ordres et la responsabilité du médecin-directeur; le personnel subalterne se compose, en outre des surveillants, surveillantes et dames de compagnie, de 80 gardiens et 71 gardiennes, soit 1 par 5 malades. Il y avait à Vienne 2 cliniques de psychiatrie, l'une à l'asile, l'autre à l'hôpital général, où depuis 1875 on peut recevoir 100 aliénés; 4 médecins assistants sont attachés à ce dernier service. Le professeur Leidesdorff est professeur à l'asile, et le Dr Meynert à l'hôpital général.

Le Dr F. Needham, en réponse à une lettre du Dr Batty Tuke[2],

1. *The proceeding of the Med. soc. of the County of kings-Brooklyn*, août 1880.
2. *Mental science*, 1882.

ne se montre pas partisan de « l'open door » pour les asiles mixtes ou privés; il admet cependant que l'expérience paraît avoir réussi dans les asiles publics où le travail est forcé. L'expérience de Sanghton-Hall est loin d'être concluante, car dans cet établissement, 57 pensionnaires sont surveillés par 62 employés, dont 32 spéciaux, ce qui permet l'application de tout système.

Le Dr Dagonet[1] a visité le nouvel asile de Dobran (Bohême), situé malheureusement sur un plateau nu, désert, sans ombrages, loin d'une grande ville, mais construit dans un style élégant où l'architecte n'a pas manqué l'occasion de donner à son œuvre un caractère imposant, d'un maigre profit pour les malades; cet asile ressemble, en partie, aux asiles de la Seine; il a coûté 3,300,000 francs.

Le Dr Pick, médecin-directeur, a, sous son autorité, tout le personnel médical et administratif : il y a 3 médecins assistants, dont 2 logés dans l'asile; le personnel de surveillance est de 46 pour 300 malades.

Le Dr Christian, à l'occasion du Congrès d'Anvers (1885), a excursionné jusqu'à Gheel avec plusieurs de ses collègues, sous la direction de l'inspecteur général Ondart. Ce dernier, partisan convaincu de Gheel, estime que le tiers des aliénés belges pourrait être placé dans des colonies semblables à Gheel, qui en contenait déjà 1,700 sur 7,500 aliénés pour toute la Belgique. Le gouvernement belge venait d'ailleurs de décider la création de la nouvelle colonie de Lierneux. Gheel, en pays flamand, recevait aussi bien les Flamands que les Wallons, qui ne seront plus. ces derniers, dépaysés, Lierneux étant en pays wallon.

A Gheel, le service médical est aujourd'hui bien organisé. « Les aliénés vivent de la vie de leurs nourriciers, partagent leurs repas, leurs travaux, et, j'ajouterai, leurs privations; ils font partie de la famille. » Mais à Gheel, chez l'habitant, on y trouve surtout des chroniques, des imbéciles et des déments. L'infirmerie de Gheel est, en résumé, un petit asile construit sur le plan de l'hospice Guislain, de Gand; elle est confortablement installée et fort bien tenue; elle reçoit les nouveaux malades et on y traite les maladies incidentes; enfin, on y ramène les alié-

1. *Annales médico-psychologiques*, 1885, t. I, p. 240.

nés ayant besoin d'être surveillés, quand ils sont pris d'un accès d'agitation.

Le Dr Hack Tuke[1], lui aussi, a visité Gheel à l'occasion du Congrès d'Anvers et en a fait le sujet d'une communication à la Société médico-psychologique de Londres. Il ne compare pas le traitement donné aux aliénés belges au traitement de l'asile fermé, se contentant de manifester son mécontentement à l'égard des soins donnés à quelques-uns de ses compatriotes; mais il constate que les frais de traitement à Gheel sont moins élevés que ceux des asiles fermés, soit 8 deniers 1/2 par jour au lieu de 11 deniers; mais *on choisit les aliénés* avant de les envoyer à Gheel; il est interdit d'y recevoir les aliénés pouvant être soumis au *restreint :* les homicideurs, les suicideurs, les incendiaires, les évadeurs et ceux susceptibles de troubler l'ordre public; aussi, avec ces réserves, les accidents ne sont guère plus fréquents à Gheel qu'ailleurs. Parlant des colonies d'aliénés d'Écosse, Hack Tuke dit qu'on n'y reçoit que des malades *déments, chroniques et pauvres*, alors que, à Gheel, il y a un plus grand nombre de variétés morbides et des représentants de toutes les classes de la société; il fait remarquer qu'un certain nombre de malades laissés en liberté à Gheel seraient certainement séquestrés en Écosse. En résumé, le Dr Hack Tuke ne paraît pas enchanté des résultats obtenus à Gheel et de ce qu'il a vu.

Le Dr Bourneville[2], reproduisant les idées de la majorité de la Commission (et non les siennes propres), reconnait la nécessité de la réunion des fonctions dans les asiles où il n'y a qu'un médecin en chef et de leur séparation quand il y aura plusieurs chefs de service. Ce qui serait bien nécessaire, et cela de l'avis général, pour les asiles de cinq à six cents malades, ne le serait plus au-dessus de ce chiffre! C'est pour une question de nombre qu'il faut déroger à un principe. C'est parce qu'il y aurait plusieurs médecins qu'il faudrait un directeur non médecin. A l'étranger, on ne s'est jamais préoccupé de semblable objection. S'il y a trop de malades pour un médecin, on augmente le nombre des médecins; mais on ne change pas le

1. *Mental science*, janvier 1886.
2. Rapport sur le personnel médical et administratif des asiles d'aliénés à la Commission ministérielle pour la réforme de la loi sur les aliénés. Paris, 1885.

système, on ne modifie pas la situation du médecin-directeur. Ce qui se fait en Allemagne et en Suisse ne serait pas possible en France. Nous ne partageons pas cette manière de voir, car si les directeurs-médecins sont surchargés de travail, ils peuvent se décharger sur le secrétaire de la direction d'une foule de détails qui absorbent leur temps et leur activité, ainsi, d'ailleurs, que l'ont dit les inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil (1874); et pour le service médical, il est toujours possible de leur donner un ou deux médecins adjoints, si cela est nécessaire.

Les directeurs administratifs, suivant M. Hérold, pourraient être subordonnés aux médecins en chef. M. Bourneville proposait un Conseil d'administration composé du corps médical, d'un pharmacien, de l'administrateur, de l'économe, en donnant la présidence à un médecin; mais la Commission adopta la résolution suivante :

L'administrateur est chargé, sous l'autorité du préfet et sous le contrôle du service médical, de la direction de l'asile et de la gestion de ses biens et revenus. Le contrôle du service médical sur l'administration de l'asile s'exerce par un comité de médecins, chefs de service, dont le président est renouvelé chaque année. Ce comité correspond directement avec le préfet par l'intermédiaire de son président.

Le Dr Lunier, membre de la Commission, fit adopter par la Commission une modification au règlement du service intérieur ayant pour objet de placer en première ligne le service médical et ses attributions.

Pour la nomination des administrateurs, la Commission proposait d'exiger de ceux-ci les conditions suivantes : être Français, trente-trois ans d'âge au minimum, le diplôme de licencié en droit, cinq ans de services dans une grande administration ou dans les asiles d'aliénés.

L'inspecteur général Constans [1] a longuement traité la question de savoir s'il convenait mieux, pour les asiles grands ou petits, d'avoir un directeur-médecin ou les deux avec des fonctions distinctes; il se montre très sévère pour les directeurs ad-

1. Directeurs ou directeurs-médecins (*Annales médico-psychologiques*, 1888, t. VII, p. 5).

ministratifs, « ce *rouage encombrant* d'une utilité contestable, pour ces détenteurs d'une fonction devenue la proie de gens qui n'en avaient jamais eu ou qui n'en avaient plus, une monnaie courante des faveurs ministérielles. C'est ainsi que l'on vit, sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens militaires, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux, par exemple, devenir directeurs. »

Sans incriminer personne, attaquant seulement l'institution, le Dr Constans a démontré que le directeur, soit qu'il fût inerte ou entreprenant, entravait le mouvement progressif ou faisait de fausses manœuvres, décourageait le médecin en chef, qui n'avait d'autre tort que celui de n'être que médecin.

« Tout dans un asile peut, entre directeur et médecin, devenir un *casus belli*. En droit, le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux ; en fait, le directeur a toujours le pas sur le médecin. »

La police médicale, comme l'avait dit Renaudin, appartient au médecin, la police générale revient au directeur. Il y a fatalement conflit d'attributions : les agents subalternes, placés entre deux pouvoirs égaux, peuvent, involontairement même, donner des indications contradictoires, ne savent auquel obéir; ils ne tardent pas, si le directeur et le médecin sont puissamment appuyés en haut lieu, à former dans l'asile deux camps opposés, et la guerre est déclarée pour longtemps.

Le Dr Constans plaint fort le médecin aliéniste, isolé souvent en pleine campagne, faisant toujours la même besogne et sans aucune distraction ; il ne va pas jusqu'à dire, comme un simple journaliste, « qu'en vivant avec des aliénés on devient fatalement aliéné » ; mais il estime que, dans l'alimentation de l'esprit, la variété est aussi nécessaire que dans l'alimentation du corps. En sortant le médecin des obscurités de la psychologie normale et morbide, en lui donnant un service administratif, en variant son régime intellectuel, on lui procure un repos relatif. Le Dr Constans reconnaît, cependant, qu'il est difficile au directeur-médecin d'un grand asile de remplir toutes ses obligations, notamment de visiter journellement tous les malades; il propose alors la combinaison suivante imitée d'Allemagne :

Le directeur-médecin, ayant sous ses ordres un ***régisseur administratif***, ferait le service des malades nouveaux et délivrerait

les certificats de vingt-quatre heures des infirmeries et du pensionnat.

Les malades du régime commun seraient visités par le médecin adjoint, un pour les hommes, un pour les femmes, avec un roulement entre eux ; ils seraient chargés des certificats de quinzaine, de sortie et des notes mensuelles.

La visite commencerait par les infirmeries, afin que les adjoints et les internes puissent la suivre avant de se rendre à leur service personnel.

Le directeur-médecin deviendrait pour les médecins adjoints un médecin consultant ayant un droit d'inspection sur toutes les parties du service.

Une fois par semaine au moins, le directeur-médecin en chef, le régisseur, les adjoints, les internes se réuniraient en conférences médicales ou administratives.

Les médecins adjoints seraient mis à la disposition du médecin en chef par le ministre de l'Intérieur.

Le Dr Chambard [1], dans une étude casuistique sur la mise en liberté des aliénés, trouve insuffisante la loi de 1838 en ce qui regarde la mise en liberté des aliénés inoffensifs non encore guéris, les intermittents, les alcooliques à répétition, amateurs de séquestration, et les aliénés dits criminels ; il réclame des dispositions légales pour neuf cas différents. Sans s'inquiéter de ce qu'on dira ou pourra dire, le Dr Chambard ne craint point la critique ; il s'appuie, nous l'en félicitons, « sur des faits d'observation et non sur des théories vaguement libérales et faussement humanitaires. » Il voudrait, pour les placements volontaires et pour dégager la responsabilité du médecin traitant :

1° Un article de loi pour permettre le maintien d'office d'un aliéné dont la sortie prématurée pourrait aggraver l'état physique et mental ou compromettre la guérison ;

2° Un article de loi pour le maintien d'office d'un aliéné inoffensif dont la propre sûreté pourrait être compromise par une libération prématurée ;

3° Un article de loi permettant de prendre des mesures conservatoires avant la mise en liberté d'aliénés sans tuteurs naturels et incapables eux-mêmes de gérer leurs intérêts ;

1. *Annales médico-psychologiques*, 1886, t. VIII, p. 390.

4° Un article de loi pour maintenir les intermittents ayant été dangereux pendant l'accès et menacés d'une rechute;

5° Un article de loi autorisant les sorties provisoires avec simple effet suspensif;

6° La création de colonies d'aliénés dangereux (dits criminels);

7° La répression de l'exploitation des asiles par certains alcooliques;

8° L'organisation du patronage et de l'assistance des aliénés indigents à leur sortie de l'asile;

9° Le placement direct, sur proposition du médecin, dans un hospice, des aliénés guéris ou inoffensifs par suite de vieillesse, maladie ou infirmité.

Le Dr Buffet, médecin de l'asile d'Ettelbrück (Luxembourg), a visité quatre asiles allemands : Andernach, Marbourg, Leipzig et Alt-Scherbitz[1]. Il a remarqué à l'asile de Marbourg, dans la division clinique, le service des *alités*, comprenant les maniaques, les mélancoliques, les paralytiques généraux, les suicideurs, tous ceux réclamant une surveillance continue. Ce mode de traitement par *le decubitus* avait été préconisé par Guislain[2], qui avait obtenu des résultats très satisfaisants dans la mélancolie.

Le Dr Parchappe pratiquait le même système à Saint-Yon en 1855, ainsi que le raconte le Dr Biffi[3].

A l'asile clinique de Leipzig, le Dr Buffet a remarqué une singulière application du non-restreint et du plein aérisme que le Dr Flechsig lui a fait remarquer; il s'agissait d'une grande cage grillée dans laquelle gisait cloîtré un paralytique, mais en plein air et sans camisole, bien entendu, imitation de la mesure prise par Louis XI envers le cardinal La Balue[4].

Le Dr Ch. Feré[5] signale les avantages de l'hospitalisation familiale à l'étranger au point de vue économique; il estime que ce système appliqué en France permettrait de désencombrer nos asiles et d'éviter la construction de nouveaux asiles d'aliénés;

1. *A travers asiles*, notes d'un étudiant psychiatre, 1889.
2. *Phrénopathies*, 1852, Gand, t. III, p. 22.
3. *Gazetta medica italiana appendice psychiatria*, décembre 1855.
4. *Annales médico-psychologiques*, 1890, t. II, p. 365.
5. *Du traitement des aliénés dans les familles*. Paris, 1 vol., Félix Alcan, 1889.

mais il réserverait ce système d'hospitalisation pour les aliénés chroniques et inoffensifs.

Dans un essai critique sur l'organisation médico-administrative du service des aliénés, le Dr Chambard[1] revient sur les travaux d'Esquirol, Falret père, Parchappe, Renaudin, Foville, commente le projet sénatorial de réforme de la loi du 30 juin 1838, et cite les articles spéciaux de Constans et de M. Marandon de Montyel[2].

Qu'est le médecin dans l'asile? Rien. Que doit-il être? Tout. Ce dernier aphorisme, placé en tête du travail de M. Chambard, pourrait aussi bien lui servir de conclusion.

M. Chambard pense que si la réunion entre les mêmes mains de l'autorité administrative et médicale apparaît comme la mesure nécessaire, il est tout au moins urgent d'obtenir le remaniement des fonctions.

Le pouvoir directorial ne saurait être confié d'emblée à de jeunes médecins non préparés à cette situation par leurs études exclusivement médicales, incapables également de surveiller les opérations de *l'économe*, dont le directeur peut être rendu responsable.

Le directeur et le médecin ont des devoirs contraires : l'un recherche l'économie, l'autre pousse à la dépense dans l'intérêt des malades. De ces deux hommes fondus en un seul, qui l'emportera?

Enfin, le « directeur tue le médecin ». L'obsession de la responsabilité sous toutes ses formes et la difficulté des bons rapports constants avec les hauts fonctionnaires administratifs, judiciaires, les Conseils généraux, la Commission de surveillance ne permettent plus au directeur-médecin de vaquer en paix ou en pleine liberté d'esprit à ses nombreuses occupations, si variées qu'elles soient (Constans). Et, à l'appui de cette idée, M. Chambard ajoute que les Pinel, Esquirol, Calmeil, Baillarger, Falret et autres se sont contentés de fonctions médicales et que « Morel, le plus illustre d'entre eux, estimait que le médecin se devait tout entier à la science et aux malades. »

Le directeur-médecin, dans l'impossibilité de tout faire par

1. *Annales médico-psychologiques*, 1890, t. II, p. 67.
2. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, nº 9, 1887.

lui-même, viole le règlement en se déchargeant d'une partie du service médical sur les médecins adjoints, ce qui expose ces derniers à des responsabilités que M. Chambard leur conseille de fuir autant que possible, comme si, en temps de service ordinaire ou en temps de guerre, le lieutenant avait le droit de désertion à l'intérieur ou à l'extérieur, sous prétexte qu'il y a un capitaine à la tête de la compagnie. Nous estimons que c'est là une boutade indigne du savant et de l'homme distingué qu'est M. Chambard.

La division des fonctions entre deux fonctionnaires théoriquement égaux, directeur et médecin en chef, est une mesure affectée de vices rédhibitoires, un palliatif dangereux, qui met en présence deux hommes, frères ennemis voués à une antipathie constitutionnelle; la lutte qui, chez le directeur-médecin, était intime et le rongeait, éclate rapidement *coram populo* entre directeur et médecin, se traduisant par des victoires et des revers ayant dans un asile les plus graves inconvénients pour l'ordre, la discipline et les malades, qu'on oublie!

La division des fonctions entraîne aussi une augmentation fort importante de la dépense dans les petits asiles ou ceux en voie de formation, pauvrement dotés en général.

Pour remédier à l'une ou l'autre de ces situations qu'il croit mauvaises, M. Chambard se rallie partiellement aux idées de MM. Bourneville et Constans, à savoir : un directeur-médecin en chef ayant un *agent comptable* chargé de la besogne administrative avec traitement inférieur au sien (Bourneville); un directeur-médecin ayant un *régisseur* administratif et des médecins adjoints assistants à sa disposition, comme en Allemagne (Constans).

Ni l'un ni l'autre de ces projets cependant ne donne satisfaction à M. Chambard, il voudrait :

1° Que le médecin nommé au concours fût chargé, non pas de la direction générale de l'établissement, mais de la surveillance générale de tous les services, avec la situation hiérarchique la plus élevée et l'indépendance la plus complète dans la sphère limitée de ses attributions ; le médecin ayant droit de correspon dance directe avec les autorités de tout ordre, de rédaction et de dépense de son budget médical, de nomination, de révocation, de classement des employés, avec action absolue sur le

pharmacien, les médecins adjoints et les internes. Le pouvoir souverain, sans responsabilité.

2° A côté du médecin en chef et hiérarchiquement au-dessous, un administrateur choisi au concours parmi les économes et secrétaires de direction, ayant sous ses ordres l'économe; M. Chambard oublie de parler du receveur.

Comme l'asile d'aliénés est pour notre collègue un hôpital dans une propriété rurale, il propose d'adjoindre à la Commission de surveillance trois nouveaux membres pris parmi les agriculteurs notables de la région, et de choisir un chef de culture parmi les jeunes gens sortant d'une école nationale d'agriculture, en lui donnant une petite part sur les bénéfices en nature, au lieu et place « du jardinier quelconque, paysan grossier, ignorant et parfois malhonnête. » M. Chambard n'a pas songé que son diplomé d'agriculture pourrait transformer les aliénés en bêtes de somme pour augmenter sa *bedide bart dans les pénéfices*.

Toutefois, dans un asile peu important, a-t-il ajouté, on pourrait supprimer l'administrateur en transférant ses pouvoirs à l'économe; un membre de la Commission de surveillance aurait l'ordonnancement. Il n'y aurait pas de receveur dans ce petit asile, pas plus que dans les grands, d'ailleurs, à moins cependant de réunir sur la même tête les fonctions administratives de direction, d'économat et de recettes!

Le Dr Samuel Garnier [1] répond au Dr Chambard que si l'article 5 du projet de la loi sénatoriale a maintenu le principe de la réunion des fonctions, c'est qu'il a été sans doute tenu compte des avis de la majorité des médecins aliénistes, et il ajoute que si M. Chambard critique la réunion des fonctions, il en combat aussi, avec la même verve, la division, tout en proposant un système qui n'est pas celui de M. Bourneville et pas tout à fait celui de Constans qui, lui, est cependant bien plus pratique. M. Garnier se déclare partisan de la réunion des fonctions avec un secrétaire de direction ayant fait un stage à la recette, à l'économat et au secrétariat de la direction, et des receveurs économes pouvant être déplacés comme les médecins. Les idées de M. Garnier sont partagées par tous ceux qui, connaissant à fond

1. *Annales médico-psychologiques*, t. XI, 1890, p. 425.

tous les rouages compliqués de notre service, trouvent, non pas que tout y est bien, mais que, en somme, tout ou presque tout y a été prévu, réglé et déterminé de main de maître ; les inconvénients inhérents à toute institution humaine résultant du défaut d'entente entre les hommes, ils ne prouvent point que l'institution est mauvaise et qu'elle est incapable de subir des améliorations sans la bouleverser de fond en comble pour aboutir au chaos.

Le Dr Marandon de Montyel[1], faisant l'historique d'une révolte d'aliénés survenue dans son service, a trouvé le moyen facile d'en éviter le retour en obtenant de l'administration le droit de disperser les émeutiers dans les autres asiles de la Seine ! Nous recommandons ce moyen à tous nos confrères qui voudraient appliquer systématiquement le *non-restreint* ou l'*open door*. Se débarrasser de tous les aliénés dangereux, évadeurs ou suicideurs, en faveur de ses collègues, est un procédé étrange, mais pratique au suprême degré. Soyons indulgents, que diable, pour ceux qui ont le courage ou la naïveté de ne pas opérer de même !

Les asiles de la Seine ont été détournés de leur destination première, dit M. Marandon ; ils sont en partie, en majorité, occupés par les déments séniles, inoffensifs, incapables de rébellion, mais aussi par les épileptiques, les ivrognes et « les fous moraux, eux très dangereux et toujours prêts à la révolte. » On aurait, enfin, achevé de désorganiser les asiles de la Seine, en y accueillant le dégénéré moral, être pervers, révolté, conspirateur, astucieux et méchant.

Le Dr Rouillard ajoutait que les asiles de la Seine étaient menacés de contenir toute espèce de gens, *sauf des aliénés*, les médecins des hôpitaux y envoyant les gâteux ; les bureaux de bienfaisance, les vieillards infirmes ; les commissaires de police, les directeurs de prison y faisant conduire les repris de justice et les ivrognes ; si ce n'est pas le *tout à l'égoût*, c'est aujourd'hui le *tout à l'asile*.

Le Dr Marandon de Montyel[2] traite la question du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement. « La psy-

1. *Société médico-psychologique*, 30 juin 1890.
2. *Annales médico-psychologiques*, 1890, t. XII, p. 403.

chiatrie française se meurt », elle meurt d'inertie et de stérilité et cela par la faute « du recrutement et l'organisation du personnel médico-administratif. »

Le personnel médical (internes, médecins adjoints, médecins en chef) n'a pas été étroitement hiérarchisé; on ne passait pas par la filière, on ne tenait pas compte du mérite, des titres scientifiques, des services rendus; le hasard, le bon plaisir, la faveur suffisaient.

Les choses ont changé, les médecins adjoints sont nommés par suite de concours régionaux depuis l'année 1889; mais les médecins en chef continuent à être nommés à l'ancienneté; ils devraient être nommés au choix au moyen d'un concours sur titres scientifiques; le ministre aujourd'hui est mal renseigné par les administrations préfectorales qui réservent leur tendresse « aux machines à certificats » et jugent le mérite des gens par leur degré de docilité; plus mince est le bagage scientifique, plus souple est le fonctionnaire, plus absolue sa soumission aux désirs des bureaux.

Malgré tous les découragements, les robustes travaillaient encore pour la science. La réunion des fonctions leur a donné le coup de grâce, le directeur a tué le médecin savant et même le simple praticien, qui est obligé de déléguer au médecin adjoint une partie de ses attributions médicales. Cette délégation, qu'elle soit permanente ou intermittente, présente de nombreux inconvénients.

Si les médecins aliénistes réclament quand même la réunion des fonctions, M. Marandon de Montyel en convient, c'est parce que « la division des services, telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, est inacceptable pour le médecin »; c'est parce qu'on nomme directeurs des fruits secs de toutes les carrières, remplis d'arrogance, étrangers au métier, et cependant autocrates et omnipotents.

Les fonctions directoriales sont d'ordre subalterne, inutile de les envelopper d'une auréole; elles pourraient se résumer en deux mots: « haricots et bois de lit. » Les haricots symbolisent la culture et l'alimentation, les bois de lit symbolisent les meubles et les immeubles. « Toute la direction administrative est pour ainsi dire là, et, à cet égard, elle fait double emploi avec l'économat. »

L'administrateur, placé sous le contrôle du service médical (Bourneville), est parfaitement suffisant, on pourrait même lui enlever l'ordonnancement des dépenses pour en charger la préfecture ; mais cet administrateur ne continuerait plus à être un raté de toutes les professions les plus disparates, il serait choisi parmi les receveurs ou les économes, et ceux-ci parmi les secrétaires de direction, nommés eux-même au concours.

M. le Dr S. Garnier[1] s'est préoccupé des pensions de retraite des médecins aliénistes nommés par le Ministre de l'Intérieur et tributaires de la caisse départementale des retraites. Il pense que le projet de loi sé [illegible] pensions de retraite, en les mettant [illegible] un certain progrès, puisque dans certains départements les médecins aliénistes ne sont pas encore admis aux bénéfices de la caisse des retraites, mais que dans certains cas il y aurait avantage à ne pas modifier l'état actuel au moins pendant un certain nombre d'années.

Le Dr S. Garnier[2] revient sur la direction administrative et médicale des asiles d'aliénés. Il a répondu à M. Chambard, il répond à M. Marandon de Montyel qui, suivant lui, ne s'est pas rendu compte de l'étendue des devoirs qui incombent au directeur. M. Marandon estime comme accablantes et écrasantes les fonctions de directeur, pour un directeur-médecin, et les regarde comme d'ordre insignifiant, subalterne, de double emploi avec l'économe pour un simple directeur ; c'est là une contradiction flagrante. M. Garnier se console facilement de passer pour « une machine à certificat » ou « un aliéniste de sous-préfecture », persuadé qu'il est que la démonstration n'a pas été faite en ce qui concerne la moyenne des guérisons obtenues soit par les médecins en chef, soit par les directeurs médecins.

Le Dr Lapointe[3] affirme lui aussi que les fonctions administratives ne sont pas trop absorbantes pour un directeur-médecin, quand il a sous ses ordres un personnel d'employés travailleurs et intelligents. Il admire les hommes de science pure, mais ne fait point aux modestes praticiens l'injure de mécon-

1. *Congrès de Rouen*, p. 224.
2. *Annales médico-psychologiques*, 1891, t. XIII, p. 58.
3. *Ibid.*, 1893, t. XV, p. 254.

naître leur utilité et leurs mérites ; les deux sont indispensables et se complètent l'un par l'autre.

Alter[1] nous apprend que depuis 1830, en Silésie, on a mis en pratique le système des asiles de traitement pour les maladies mentales aiguës et des asiles-hospices pour les chroniques ou les incurables ; à Leubus était l'asile de traitement, à Brieg et à Plagwitz furent les asiles-hospices ; l'asile-hospice de Brunzlau, fut créé en 1863,

Le Dr Marandon de Montyel[2] revient encore sur la réorganisation du service médical dans les asiles d'aliénés. Il n'a point été convaincu par MM. Garnier et Lapointe, pas plus, d'ailleurs, il le reconnaît, qu'il n'a convaincu ses collègues ; il continue à penser et à écrire que l'adjuvat est plus nuisible qu'utile, qu'il y a des adjoints parce qu'il y a des directeurs-médecins, que la réunion des fonctions est la pire ennemie des aliénés et de tout progrès, et que seul, avec le Dr Chambard, il a le courage de crier sus à cette perfidie ; il en appelle au souvenir de Morel, qui fut toujours l'ennemi de la réunion, et en cette circonstance « le disciple obscur et faible sent toute la perte du maître illustre et puissant. »

M. Marandon de Montyel, se disant disciple de Morel, lui prête une opinion qui n'était pas la sienne, car, pour les directeurs-médecins, il partageait les idées de J.-P. Falret, son maître, de Ferrus et de Roller, et pour les directeurs laïques (c'est ainsi qu'il désignait les directeurs non médecins), il pensait ce que M. Marandon en pense. Mais où et quand M. Marandon de Montyel a-t-il suivi l'enseignement et les exemples de Morel ?

Le Dr Marandon, termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Division des services dans tous les asiles, avec suprématie médicale assurée sur l'administrateur subalterne (projet Bourneville) ; suppression du directeur actuel.

2° Un médecin en chef par trois cents malades, nommé au concours public parmi les internes des asiles publics d'aliénés recrutés eux aussi par concours publics. M. Marandon leur

1. Congrès des aliénistes allemands, séance du 15 juin 1890.
2. *Archives de neurologie*, t. XXII, 1891, p. 427.

accorderait 4,000 francs au début, alors que, en réalité, ils débutent actuellement à 5,000 francs.

3° Deux corps de médecins aliénistes, un pour la Seine, un pour les départements.

4° Traitements et pensions de retraite payés par l'Etat.

5° Avancement sur titres scientifiques donné après avis du Conseil supérieur des aliénés.

6° Organisation du service médical fixée par une loi.

Si nous approuvons les trois dernières conclusions, nous ne pouvons en dire autant des trois premières et surtout de la troisième, qui tendrait à couper en deux le service médical des asiles d'aliénés, à semer la division parmi nous, quand l'union serait si utile et si belle, à créer entre Parisiens et Provinciaux une séparation que rien ne justifie, à creuser entre des collègues et des amis un fossé qui n'est encore aujourd'hui qu'une rigole facile à niveler, qu'à légitimer, enfin, pour certains privilégiés, la suprématie, l'auréole, qu'ils doivent de nos jours, au hasard, à la chance, suivant moi, et non, comme l'a dit M. Marandon, à leur degré de docilité, à la souplesse de leur attitude, à leur absolue soumission aux désirs des bureaux [1].

M. Pétrot, vice-président du Conseil général de la Seine, a visité le service des aliénés en Ecosse [2]. Il a remarqué qu'on envoie d'Edimbourg des aliénés chez les paysans, qui les gardent et les soignent moyennant une rétribution suffisante et économique. Mais « il est évident que ce ne sont pas les fous dangereux qui sont ainsi laissés en liberté, mais *les vieux aliénés, les abêtis,* dans le cerveau desquels toute intelligence est éteinte ». Le traitement en plein air pour cette catégorie de malades est préférable à la réclusion dans nos hospices.

Au Congrès de Blois [3], le Dr Riu, rapporteur de la question « les colonies d'aliénés », rappelait le vœu émis déjà au Congrès de 1889, sur la proposition de MM. Beaume et Taguet, et concluait ainsi :

1° Etablissement de colonies agricoles annexes aux asiles déjà installés ;

1. *Annales médico-psychologiques*, 1890, t. XII, p. 403 et suiv.
2. Journal *le Temps*, 11 octobre 1892.
3. 2 août 1892, p. 153.

2° Adoption du système d'asiles médico-agricoles à la périphérie pour les asiles à créer.

Le Dr Ch. Ferré, grand partisan des colonies familiales, cite l'exemple encourageant de Gheel et de Lierneux, ce qu'avait déjà dit Moreau de Tours pour Gheel en 1842[1].

Le Dr Pichenot est partisan de l'asile agricole comme annexe à l'asile central, mais il ne voit pas de grands inconvénients à son éloignement, comme à Auxerre, à trois kilomètres de l'asile.

Le Dr Christian, demande simplement le développement des travaux agricoles dans les asiles actuels ; mais il n'est pas partisan d'un second asile où on déverserait les chroniques, les déments, les imbéciles, à une distance plus ou moins grande de l'asile primitif.

M. Bourneville se rallie aux conclusions du rapporteur. Il est partisan des fermes annexées aux asiles, mais il signale les autres moyens de désencombrement des asiles d'aliénés :

1° L'admission précoce dans les asiles ;

2° L'organisation des sociétés de patronage ;

3° Le patronage familial direct (secours représentatif en argent) ;

4° Les colonies agricoles annexées aux asiles ;

5° Le patronage familial indirect (Dun-sur-Auron). En résumé, au point de vue financier, au point de vue social, il donne la préférence aux colonies agricoles sous la direction du médecin-directeur des asiles.

M. Deschamps expose le projet de colonisation à Dun-sur-Auron.

M. Deny estime qu'il est nécessaire de créer des services spéciaux d'épileptiques, idiots, imbéciles et déments, et des colonies libres pour les inoffensifs de ces différentes catégories d'incurables.

M. Marie, qui a vu fonctionner le système familial en Ecosse, fait remarquer que les médecins écossais sont partisans de traiter dans les asiles de traitement les cas aigus d'aliénation mentale en *pratiquant l'internement précoce ;* de cet asile, les *chroniques* sont évacués une première fois sur de véritables hospices[2];

1. *Revue indépendante.*
2. Lunatic Wards Parochial Azylums and Wards with restricted licence.

c'est dans cet hospice qu'une dernière sélection a lieu pour choisir les malades pouvant bénéficier du « Boarding out system. »

En résumé, en Ecosse, les placements familiaux ont lieu par voie de sélection et après deux internements dans des services fermés ; à Gheel, on opère d'une façon toute différente.

Le Dr S. Garnier n'est pas partisan des colonies agricoles d'aliénés situées à cinq ou six kilomètres de l'asile ; il préfère le travail agricole, la culture du potager autour et près de l'asile ; il n'est pas partisan de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, et au point de vue légal, il se demande si le département est responsable des frais de traitement.

Aux Etats-Unis, et notamment dans l'état de New-York, le service des aliénés vient de subir d'importantes améliorations. Les anciens asiles de comté tendent à disparaître pour être remplacés par des hôpitaux d'Etat qui sont déjà au nombre de neuf, y compris un hôpital pour les fous criminels. Depuis 1867 l'inspection des asiles avait des pouvoirs restreints, mal délimités, se confondant avec ceux des bureaux de charité et des prisons, successivement modifiés et remaniés en 1875, 1889 et 1894; c'est aujourd'hui une Commission constitutionnelle très puissante, indépendante du parlement, ayant à sa tête le Dr Mac Donald, auteur d'un gros volume in-8° de 687 pages, parû en août 1895 et que MM. Cullerre et Darin on analysé récemment dans les *Annales médico-psychologiques* et les *Archives de Neurologie.* Le service médical, largement organisé au point de vue du nombre des médecins et de la situation qui leur est faite, à tous les points de vue, est dirigé par un superintendant (directeur-médecin en chef) assisté de plusieurs médecins adjoints et internes. Il y a un adjoint pour deux cents malades en moyenne ; les médecins sont nommés au concours, le *médecin en chef est aussi et toujours directeur-médecin.*

Le *non-restreint* est généralement pratiqué, sauf dans les cas où il est indispensable d'y renoncer. La prohibition absolue de tout moyen de contrainte, dans tous les cas, est regardée comme une utopie.

Tous les hôpitaux d'Etat pour les aliénées ont une femme médecin chargée de la gynécologie, à l'exception de Matteawan [1].

1. Asile des fous criminels.

Au Brésil, le *directeur-médecin* de l'asile Pédro II, à Rio-de-Janeiro était en 1880, le Dr Gustave Balduino de Noura e Camera. L'asile était fermé aux étudiants en médecine malgré le désir du directeur-médecin ; il y avait en plus deux médecins, un pour les hommes, un pour les femmes, avec chacun un médecin adjoint, soit quatre médecins, et un médecin-directeur ; puis un médecin pour les maladies intercurrentes, un pharmacien et son adjoint.

Le Dr P. Sérieux[1] estime que le *non-restreint*, l'*open door* et la *colonisation* sont les grandes réformes capitales réalisées en Angleterre et en Allemagne. L'asile d'Alt-Scherbitz (Saxe), fondé par le Dr Kœppe et dirigé par le Dr Paetz, comprend deux parties distinctes :

1° La colonie où l'on applique l'*open door* et où les malades jouissent d'une *certaine liberté* ;

2° L'asile proprement dit, l'*établissement central* où les aliénés sont soumis à un traitement individuel et à une surveillance constante.

L'asile-colonie d'Alt-Scherbitz serait le type de l'asile moderne, la forme définitive, le Schiboleth de toute la question de réforme des asiles d'aliénés, avait déja dit le baron Mundy, dans son enthousiasme.

La colonie n'est pas l'annexe de l'asile central, c'est l'asile central qui est l'annexe de la colonie. Ce qui a déjà été fait à Gheel, on pratique au début l'assistance familiale ou coloniale, puis on arrive à reconnaître d'abord la nécessité d'une infirmerie centrale et enfin d'un véritable asile où on fait de la surveillance active.

A Alt-Scherbitz, comme ailleurs, on fait profiter de l'*open door* les malades qu'on peut laisser sans danger en liberté et M. Marie nous a démontré que, en Ecosse « l'open door » n'était usité qu'après une double sélection.

Le Dr Marandon de Montyel[2] estime que, à l'étranger, un mouvement se produit en faveur d'un changement complet dans le mode d'hospitalisation des aliénés. On s'en occuperait à peine en France, on paraît même l'ignorer, et cependant la thérapeuti-

1. *Archives de Neurologie*, novembre 1895, p. 353.
2. *Annales médico-psychologiques*, 1896, t. III, p. 60.

que des maladies mentales *relève plus de l'hygiène que de la médecine et des médicaments*; l'asile doit toujours être l'instrument de guérison [1].

Pendant longtemps, on a mis en pratique *l'hygiène de l'isolement* complet, absolu. On séparait l'aliéné du reste du monde de sa famille, on l'empêchait même d'écrire ; on ne lui rendait la liberté qu'après guérison complète ; la vie des asiles était régulière, uniforme sous une discipline inflexible, avec punitions variées pour le malade perturbateur de l'ordre. Cet état de choses n'aurait cessé qu'en partie ! où et quand ?

La nouvelle méthode c'est *l'hygiène de la liberté*. Plus de murs extérieurs ou *intérieurs*, plus de sauts-de-loup, plus de galeries couvertes ! De simples villas sous forme de villages.

A Ville-Evrard, les parents visitent les malades, même les furieux, et, dans leurs services respectifs, on y autorise l'apport de provisions de bouche, et cela tous les jours, de une heure à quatre, dans toutes les sections. Les malades ont la liberté d'écrire et de dessiner à Ville-Evrard, contrairement à ce qui se fait ailleurs, où les aliénés ne seraient pas libres de satisfaire leur passion d'écrire, ou leur bonheur de dessiner ! Nous avons toujours observé le contraire.

L'hygiène de la liberté comporte encore la villégiature en dehors de l'asile ; « les familles ont toute liberté de faire sortir les aliénés tranquilles et inoffensifs, s'ils sont surveillés, c'est-à-dire 60 pour 100 environ *quand bon leur semble,* du lever au coucher. » Pourquoi les maintenir à l'asile ?

Il faut ajouter à ces mesures libérales les sorties provisoires et les congés ; ainsi « au jour de l'An, au 14 Juillet, ils sont toujours une centaine qui s'envolent de l'asile de Ville-Evrard pour huit ou quinze jours. »

Pour ceux qui abusent de la liberté, la seule punition adoptée est la privation de la liberté à l'intérieur ou à l'extérieur. Mais si les portes sont ouvertes, si les murs intérieurs n'existent plus, comment faire ?

Dans un autre article inséré dans les *Annales médico-psychologiques*, 1896, tome IV, page 391, « l'Open door et le Congrès de Nancy », le D[r] Marandon manifeste le regret de ne pas avoir

1. Esquirol.

assisté au Congrès de Nancy, au risque d'y être conspué en criant très fort que nos asiles actuels sont « des fabriques d'incurables » et que nous sommes inconsciemment des « fabricants de chroniques. » Merci pour notre degré d'inconscience. Il s'étonne que le rapporteur, M. Garnier, dans son consciencieux travail sur « l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux », n'ait pas même fait allusion « au grand mouvement libérateur et réformateur... Ce qui prouve surabondamment que la question en France n'est pas dans l'air. » M. Marandon termine en posant les quatre conclusions suivantes :

1° Les asiles d'aliénés, tels qu'ils sont actuellement construits, hôpitaux mi-partie caserne et mi-partie prison, sont, pour un très grand nombre d'aliénés, avec leurs dispositions symétriques, leurs sauts-de-loup, leur galeries couvertes, leurs constructions massives, leur agglomération centrale des services généraux, leurs murailles extérieures et intérieures, des *fabriques d'incurables ;*

2° En appliquant l'hygiène de l'isolement avec interdiction de visites, de collation et de villégiature, difficulté d'écrire, absence de sorties provisoires, discipline sévère et châtiments, nous sommes, dans un très grand nombre de cas, inconsciemment et avec les meilleures intentions du monde, *des fabricants de chroniques ;*

3° L'asile, pour répondre au vœu d'Esquirol et devenir par lui-même le principal instrument de guérison, doit être sans murs à l'extérieur et à l'intérieur, formé de villas, aux portes et aux fenêtres ouvertes pour 60 à 70 pour cent des aliénés, et fermé simplement par une grille élégante et une serrure pour les 30 à 40 pour cent des autres malades, villas disposées sous forme de village, avec place publique, entourée de tous les corps de métiers, d'un café-billard abstinent et d'un bureau de tabac, et avec de grands boulevards sillonnés par des tramways qui assurent le service ;

4° A *l'hygiène de l'isolement*, pour obtenir la guérison dans cet asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, il faut substituer *l'hygiène de la liberté*, avec visites à volonté sans fixation de durée, de jour ni d'heure, collation au dedans, villégiature au dehors, facilité absolue d'écrire, sorties provisoires de quelques jours, à deux et à quatre semaines, travail largement développé,

non restreint, aussi absolu que possible pour les agités et les dangereux, discipline douce, avec la seule restriction de la liberté comme sanction.

Le Dr Paul Sérieux[1] étudie longuement un projet de réforme de l'Internat des asiles de la Seine. Il se déclare partisan d'un concours spécial, mais entre les étudiants ayant terminé leur scolarité et même les docteurs en médecine.

Ce travail, très étudié, se recommande à l'attention des pouvoirs publics et répond absolument à des besoins immédiats et urgents ; il se résume en six propositions :

1° Nomination au concours des internes de tous les établissements d'aliénés de la Seine (y compris Bicêtre, la Salpêtrière et Charenton). Ce concours sera spécial et unique ;

2° Tous les étudiants en médecine ayant seize inscriptions prises dans une Faculté de médecine française et les docteurs en médecine âgés de moins de trente ans pourront y prendre part ;

3° L'épreuve écrite, portant sur un sujet d'anatomie, de physiologie du système nerveux et un sujet de pathologie mentale ;

4° Limitation de la durée des fonctions d'interne à deux années. A l'expiration de leurs fonctions, les internes ayant passé leur thèse pourront, sur la demande de leurs chefs de service (et, en cas de besoin, à la suite d'un concours sur titres), être nommés assistants pour deux années, avec faculté de prorogation d'une ou deux années en plus ;

5° Suppression de l'interdiction de rester plus de deux ans dans le même service ;

6° Augmentation progressive des traitements des assistants avec extension de leurs attributions suivant leur ancienneté.

En donnant son approbation au projet du Dr Sérieux, le Dr Bourneville estime cependant qu'« il ne faudrait pas restreindre l'épreuve écrite aux questions d'anatomie ou de pathologie du système nerveux ; les candidats doivent justifier de connaissances sérieuses en médecine générale ; il n'est pas besoin qu'ils soient déjà des spécialistes. » C'est aussi notre avis. Cette seule réserve faite, le projet de M. Sérieux est digne d'être réalisé dans le plus bref délai.

1. *Archives de neurologie*, 1896, t. I, pp. 155 et 242.

Au moment de clore cette revue, où toutes les opinions ont été présentées sans choix ou élimination, nous recevons de M. Marandon de Montyel une nouvelle brochure extraite du *Bulletin général de therapeutique*, dans laquelle il regrette que M. Garnier soit revenu, à Nancy, sur la question de la division des asiles en asiles de curables et asiles d'incurables, question qui paraissait jugée et condamnée en France, notamment par M. Marandon : « Il est des morts qu'il ne faut pas qu'on ressuscite. » Certes, M. Garnier n'en est pas partisan, alors que MM. Marie et Laty réclament cette division en changeant le nom d'asile d'incurables en celui d'asile de chroniques ; c'est aussi l'opinion de M. Delmas.

M. Marandon de Montyel, avec M. Falret et tant d'autres, se demande sur quoi on se basera pour affirmer que tel malade a cessé d'être un aigu pour devenir un chronique ; la réponse est toujours à faire. Les aliénés chroniques rendent de grands services dans les asiles d'aliénés, la promiscuité des aigus et des chroniques n'est pas nuisible au traitement des curables. « Ce qui entrave toute thérapeutique, c'est la réunion des services administratifs et médicaux, l'encombrement et le mélange des aliénés de catégories diverses. »

L'aliéniste directeur-médecin oublie vite qu'il est médecin et ne fait plus de thérapeutique ; « le bon directeur-médecin fait de la culture maraîchère et aussi des économies. L'aliéné est pendant ce temps abandonné ; il ne sera pas soigné tant que le médecin sera le directeur. »

M. Marandon ne paraissait cependant pas bien tenir à la thérapeutique quand il disait récemment : « *La thérapeutique des maladies mentales relève plus de l'hygiène que de la médecine et des médicaments.* »

Le nombre des malades confié à chaque médecin est trop considérable, les services actuels ne sont plus que de grandes renfermeries (Bourneville), l'encombrement dans les asiles de la Seine empêche tout traitement ou le rend inutile, le nombre des guérisons diminue, le désordre règne fatalement, et, par suite, les mauvais traitements, l'emploi de la camisole et des entraves. L'internement médical n'existe plus, c'est de la répression. Sur ce point, tout le monde est d'accord : un médecin aliéniste ne peut soigner plus de trois cents aliénés.

M. Marandon estime qu'en doublant les chefs de service d'adjoints on n'arrive pas plus facilement à traiter les aliénés. C'est un système condamné par l'expérience, dit-il, tant qu'ils ne seront pas responsables du service qui leur sera confié.

Pour l'avenir, M. Marandon, avec la séparation des services médicaux et administratifs et deux services bi-sexués de trois cents à quatre cents lits, demande un médecin en chef et deux internes par service.

Le mélange dans les services d'aliénés de la Seine des malades les plus variés est la troisième cause d'impossibilité où se trouvent les médecins d'appliquer méthodiquement et individuellement les ressources de la thérapeutique morale et pharmaceutique. Et quand M. Vallon disait : « Il y aura bientôt de tout dans les asiles de la Seine, sauf des aliénés », il exagérait peut-être. Et cependant M. Marandon ajoute : « On a démesurément étendu le cercle de l'aliénation mentale à hospitaliser et à traiter dans nos services. On y envoie les épileptiques simples parce qu'ils ont une obnubilation passagère de l'esprit à la suite de leur crise et qu'à cause de leurs attaques ils ne trouvent nulle part du travail; on y envoie les hystériques, parce qu'ils ont mauvais caractère et se font chasser des ateliers; on y envoie les ivrognes au nom de la folie alcoolique; les chenapans au nom de la folie morale; les vieillards au nom de la folie sénile; les ramollis au nom de la folie organique; les excentriques et les déséquilibrés au nom de la folie dégénératrice; les débiles au nom de l'imbécillité. Que sais-je encore? On nous enverra bientôt les pédérastes et les courtisanes sans ouvrage. Déjà même nous avons reçu de ceux-ci, à court de clients, au nom de l'inversion sexuelle. » Il faut à tout ce monde disparate des asiles spéciaux et des colonies d'aliénés; c'est aussi l'avis de M. Charpentier. Mais l'énumération des cas réclamant l'asile spécial étant trop vague et celle de M. Garnier trop étroite, M. Marandon propose de former huit groupes naturels réclamant une médication spéciale, partant huit asiles où l'on répartirait les malades actuellement hospitalisés dans nos asiles d'aliénés actuels.

Ces huit groupes sont :

1° Les convulsifs hystériques et épileptiques;

2° Les alcooliques;

3° Les infirmes de l'esprit : idiots, imbéciles, débiles et crétins;

4° Les séniles et les ramollis;

5° Les mattoïdes, ces demi-fous, excentriques et instables, persécutés, persécuteurs, vaniteux et inventeurs, fous moraux, souvent délinquants et presque jamais vraiment criminels;

6° Les aliénés proprement dits;

7° Les aliénés criminels;

8° Les criminels devenus aliénés.

Mais en dehors de l'asile spécial il conviendrait encore de pratiquer l'assistance familiale, c'est-à-dire l'isolement dans une autre famille que la sienne propre.

M. Marandon veut bien reconnaître que le procédé n'est pas applicable à tous les aliénés; mais ce qu'il trouve mauvais à l'asile, l'isolement de la famille, il le proclame bon pour l'aliéné en dehors de l'asile.

Le Dr Dehio (de Lanenberg), à la Société psychiatrique du nord-est de l'Allemagne et à la réunion tenue à Zoppot le 15 juin 1896, rappelle que Gudden a formulé, en 1885, les principes qui doivent présider à l'organisation du quartier de surveillance continue dans les asiles d'aliénés; puis, en 1893, à Carlsruhe, la question fut encore étudiée au Congrès des aliénistes du Sud-Ouest. Elle prit une importance si grande que le quartier de surveillance devenait l'organisme le plus important d'un asile. Il devait fatalement s'encombrer, et c'est ce qui s'est produit un peu partout; il se résume ainsi :

1° Le type Gudden a donné des résultats satisfaisants avec deux salles communiquant entre elles, sans salle de réunion, une salle de bains, des closets et des chambres d'isolement; c'est ce qui existe à l'asile de Lauenberg;

2° Les agités et atteints de maladies incidentes doivent être traités dans des sections spéciales et non dans le quartier de surveillance;

3° Il doit y avoir, non seulement dans des locaux voisins, mais dans la salle même, une baignoire, un closet, un lavabo;

4° Une chambre d'examen médical dans laquelle le malade peut être conduit, couché dans son propre lit, est indispensable;

5° Un médecin ou un surveillant en chef doit résider dans le pavillon de surveillance continue.

Nous avons demandé à plusieurs de nos collègues à l'étranger des renseignements sur l'organisation du service médical dans leur pays, nous publions les réponses reçues ; elles sont malheureusement peu nombreuses.

« Manicôme provincial de Macerata, le 6 novembre 1896.

« Je suis heureux de pouvoir transmettre à mon honorable collègue ma réponse aux questions qu'il a bien voulu me faire dans sa lettre du 4 septembre dernier :

« 1° Dans la province de Macerata, il n'existe qu'un seul asile d'aliénés, le manicôme provincial de Sainte-Croix à Macerata ;

« 2° La moyenne des aliénés placés dans cet asile est de quatre cents;

« 3° Le personnel médical ne comporte que deux médecins avec le titre, l'un de directeur, l'autre de sous-directeur. On comprend la nécessité d'avoir un autre médecin ayant les attributions d'assistant, mais cette nomination se fera attendre jusqu'à l'adoption du projet de loi sur les aliénés qui sera prochainement déposé par le gouvernement à la Chambre des députés ;

« 4° Je suis partisan convaincu de la réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef;

« 5° Les fonctions de directeur et de médecin en chef se trouvent précisément réunies sur la même tête dans notre asile.

« *Pour le directeur, le sous-directeur,*

« Dr A. PIERACCINI. »

Nous devons au Dr Ladame, de Genève, des renseignements très complets sur le service des aliénés en Suisse qu'il est utile de comparer à ceux fournis par le Dr Lunier en 1868. Au 31 mars 1896, il y avait en Suisse 5,802 aliénés hospitalisés dans 20 établissements, soit une moyenne de 290 malades par asile, soignés par 39 médecins, soit un médecin pour 149 malades.

L'asile de Burghælzli (Zurich), qui peut servir de terme moyen de comparaison, contient 370 malades ; il y a 3 médecins (1 médecin-directeur, 1 médecin en second et 1 assistant).

Le Dr Ladame est partisan de la réunion des fonctions de directeur et de médecin, dans les conditions qui existent en Suisse, c'est-à-dire avec un économe ayant des attributions augmentées de certains détails de service comme l'avait signalé, en 1868, le Dr Lunier; il constate, d'ailleurs, que tous les asiles ont à leur tête un médecin-directeur. Genève, qui faisait seul exception à *cette règle*, a un médecin-directeur depuis 1891.

Mais avec les renseignements sus-indiqués, le Dr Ladame nous a fait parvenir une brochure sur le nouvel asile des aliénés de Genève et les questions qui s'y rattachent, dans laquelle nous avons trouvé des indications précieuses sur les progrès de la psychiatrie en Allemagne et les réformes réalisées en ce pays et ailleurs par le non-restreint, les asiles urbains, les asiles cliniques, les colonies agricoles aux portes ouvertes et l'assistance familiale; nous y avons fait de larges emprunts. « Les hommes les plus expérimentés[1] et les plus compétents de tous les pays arrivent ainsi en définitive aux mêmes conclusions. L'asile urbain, la colonie agricole et le patronage familial répondent chacun à des catégories spéciales d'aliénés; ils se complètent mutuellement et permettent de satisfaire aux besoins et aux intérêts généraux de l'Etat et de la Société comme à ceux des malades et de leurs familles. »

En Suisse, le professeur A. Forel, de Zurich, s'est montré partisan convaincu des colonies agricoles d'aliénés; il proposait déjà, en 1884, d'organiser comme dépendance de l'asile fermé une colonie ouverte pour les aliénés inoffensifs et les faibles d'esprit; en 1888, il réclamait encore la colonie agricole pour désencombrer les asiles ordinaires comme une mesure excellente et peu coûteuse; en 1893 et 1894, il revenait encore sur le même sujet.

1. Ladame, *loc. cit.*, p. 74.

Tableau des asiles d'aliénés de la Suisse, communiqué par le Dr P. Ladame (de Genève).

ÉTABLISSEMENTS		EFFECTIF des MALADES au 31 mars 1896	OBSERVATIONS
Burghölzli........	Zurich.	370	3 médecins (1 méd.-directeur, 1 en second, 1 assistant).
Rheinau..........	Zurich.	673	2 médecins (1 méd.-directeur, 1 en second).
Wülflingen........	Zurich.	49	Ouvert le 16 janvier 1894. — 1 médecin-directeur.
Waldeau..........	Berne.	422	3 médecins, 1 méd.-directeur.
Münsingen........	Berne.	449	
Saint-Urbain.......	Lucerne.	378	3 médecins.
Marsens..........	Fribourg.	153	2 médecins.
Rosegg...........	Soleure.	257	2 médecins.
Bâle..............	Ville.	232	4 médecins.
Liestal............	Bâle Campagne.	145	2 médecins.
Breitenau.........	Schaffouse.	145	Ouvert le 1er janvier 1891. — 1 médecin.
St Pirminsberg....	Saint-Gall.	249	2 médecins.
Wyl.............	Saint-Gall.	320	Ouvert le 28 juin 1892. — 2 médecins.
Waldans..........	Grisons.	190	Ouvert le 20 juin 1892. — 1 médecin.
Koenigsfelden.....	Argovie.	579	3 médecins.
Münsterlingen.....	Thurgovie.	302	2 médecins.
St Katharinenthal..	Thurgovie.	108	
Bois de Céry......	Vaud.	466	3 médecins.
Préfargier.........	Neuchâtel.	131	3 médecins.
Vernets...........	Genève.	184	3 médecins.
TOTAL.............		5,802	

Nous avons vu que Léon l'Africain avait parlé d'hôpital pour les aliénés au Maroc ; au seizième siècle, ils étaient contenus par des chaînes. Le Dr Moreau, de Tours [1], a visité à Smyrne l'hos-

1. *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. I.

pice général où étaient placés les aliénés d'origine grecque; il n'y avait rien pour les Turcs, mais il y avait à Magnésie, à quelques lieues de Smyrne, une sorte de maison de réclusion pouvant contenir cent cinquante aliénés, idiots et épileptiques; on se contentait de pourvoir à leur existence, mais ils ne suivaient aucun traitement.

En Égypte, au Caire, dans le *Moristan* (hospice général), il y avait une partie réservée aux aliénés; cet établissement de bienfaisance était dans la dépendance d'une mosquée; le local destiné aux aliénés hommes était une cour carrée avec quatre rangées de cellules, à peu près obscures; elles étaient voûtées, ayant 2m50 de long sur 1m50 de large, avec un trou dans le plancher pour latrine, ce qui expliquait l'horrible puanteur de ces réduits; pour mobilier, une natte et une cruche d'eau; il y avait dix-sept cellules. Le traitement était uniforme : une chaîne au cou, d'un poids énorme, scellée dans la muraille; parfois cependant, au début, on leur donnait des purgatifs salins et des bains froids pendant l'été.

Il y avait aussi un local analogue pour sept femmes.

A Constantinople, les aliénés, au nombre de quatre dans une chambre, avaient aussi une énorme chaîne fixée au plancher et à un collier de fer entourant le cou; à moins de guérison, ils restaient là accroupis jusqu'à la mort. Les Turcs ne songeaient à renfermer que les aliénés turbulents, insupportables ou dangereux.

En Orient, la folie était un *mal sacré*, envoyé aux humains par Dieu ou par un bon ou un mauvais génie. On vénérait l'aliéné inoffensif, favori d'Allah. L'aliéné furieux était agité ou possédé par un mauvais génie; on le respectait encore, mais on le redoutait, c'est pourquoi on le chargeait de chaînes lourdes et puissantes. On rencontrait assez souvent, dans les villes et villages, des *imbéciles* ou des *déments*, vivant d'aumônes, errant çà et là, pieusement accueillis par les musulmans : on leur donnait le nom de *Santons*. Il y a parmi eux des érotiques d'une brutale salacité dont les femmes reçoivent publiquement « les sales caresses comme une faveur du Ciel. »

Un de nos compatriotes et ami qui revient du Maroc, après un séjour de sept années, nous a donné sur les aliénés au Maroc les renseignements suivants :

Le traitement scientifique des aliénés n'existe pas au Maroc pas plus que pour les autres maladies ; on ne considère pas d'ailleurs la folie comme une maladie, c'est un état spécial qui est attribué sciemment à la créature par le Créateur, c'est à Lui qu'il appartient seul de modifier cet état. C'est à peine s'il est bien de faire appel à l'intervention de saints personnages ou du prophète Mahomet lui-même pour obtenir par la prière une guérison anticipée; on doit alors agir avec la plus grande réserve, car « Dieu sait ce qu'il a voulu. »

Voilà, en principe, ce que l'on croit être la vérité au point de vue étiologique ; il en résulte une sorte de vénération des croyants pour tout individu frappé de démence ou simple faible d'esprit. *Chacun lui doit aide et assistance*, et il jouit de toute sa liberté.

Quand l'aliéné devient dangereux, on se décide à l'isoler, pas dans une prison, mais dans un lieu sanctifié. Autour du tombeau de quelque *Santon*, jouissant à ce sujet d'un renom spécial (comme à Gheel, d'ailleurs), sont disposées de petites cellules. Le fou trouve là un abri, sinon confortable, au moins égal à celui dont il jouissait précédemment, et comme mobilier une natte et une cruche d'eau. C'est faire œuvre pie que de lui porter nourriture et vêtements, sa famille et les fidèles n'y manquent généralement pas.

Les gardiens du tombeau ont la mission de veiller spécialement sur l'aliéné et ont la défense expresse d'interrompre ses cris, ses chants, et en général toutes les manifestations de l'esprit qui le possède.

Dès que l'aliéné est calme et ne paraît plus dangereux, on lui rend sa liberté, quitte à la lui reprendre en cas de rechute; on rencontre, dans toutes les villes, nombre de gens ayant été ainsi incarcérés.

Il est juste de dire qu'après un crime commis principalement sur un fonctionnaire on ne s'occupe guère de l'état mental de l'inculpé et que les prisons reçoivent de ce chef un assez grand nombre de malheureux inconscients.

La vénération dont jouissent les fous de diverses catégories n'est pas sans entraîner des abus. Certaines familles savent en tirer parti et se font de véritables revenus en exploitant la charité des crédules musulmans.

On doit encore citer une autre catégorie de personnages exploitant la folie sous une autre forme, d'ordre plus relevé. Ils simulent la démence pour avoir le droit de faire entendre aux hauts personnages leur appréciation sur leurs agissements politiques ou religieux. Eux seuls, dans un pays où la presse n'existe pas, ont, comme Triboulet, le droit de faire entendre la vérité aux puissants du jour; certains d'entre eux ont acquis dans le passé une véritable renommée, et leurs bons mots, leurs saillies, leurs satires mordantes se sont transmis d'âge en âge, jusqu'à nos jours. Il en est encore au Maroc qui, sous leurs haillons de mendiants, sont leurs dignes continuateurs.

La terminologie marocaine est très riche pour désigner les divers états de la folie. Le simple original, le faible d'esprit, l'idiot, le naïf vrai ou faux, le fou inconscient, le fou dangereux, le possédé d'un bon ou d'un mauvais génie, l'inspiré sont désignés par des termes spéciaux qui témoignent d'un grand esprit d'observation.

Tout ce que nous venons de dire s'applique exclusivement aux populations sédentaires; chez les nomades, le fou suit en pleine liberté les pérégrinations de sa tribu, et, exposé à mille dangers, il ne tarde pas à disparaître, par accident ou victime de l'abandon, dans un lieu désert.

Terminologie marocaine.

Behloul, faible d'esprit, niais.
Bouhali, toqué, original, sorte de Saint-Jean-Bouche-d'Or.
M'haboul, dément tranquille.
Hamak, fou agité, parfois dangereux.
Madoui, fou dangereux, à isoler (*Hamak madoui*).
Mejnoun, possédé d'un génie bon ou mauvais; il se double de *hamak*, s'il devient dangereux.

II. — Service médical.

Les asiles publics d'aliénés sont organisés en France, au point de vue médical, en vertu des dispositions de la loi du 30 juin

1838 et de l'ordonnance du 18 décembre 1839 (art. 8, 9 et 10).

Le modèle de règlement du service intérieur de ces établissements hospitaliers est commun aux asiles départementaux et aux quartiers d'hospice ; il n'a été définitivement élaboré et appliqué qu'après l'arrêté du 20 mars 1857, suivi de la circulaire nº 7 du même jour. Chaque établissement, dans le délai de deux mois, a présenté à l'approbation du Ministre de l'Intérieur un projet de règlement qui ne peut être modifié sans l'avis conforme du Ministre de l'Intérieur.

Le modèle de règlement a été établi en vue de la séparation des pouvoirs médicaux et administratifs sans tenir compte de l'article 13 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, qui rendait possible la réunion des fonctions et sans y faire la moindre allusion.

Le service médical ne figure qu'à la section VIII, après les services administratifs et les articles concernant la Commission de surveillance, le directeur, le receveur, l'économe, les employés et préposés, ce qui semble indiquer qu'on ne lui accordait qu'une importance bien secondaire.

Les asiles départementaux avaient d'ailleurs, pour établir leur projet de règlement, à se conformer *strictement* au modèle de règlement du 20 mars 1857.

Le personnel médical devait être composé ainsi qu'il suit (art. 52):

Un médecin en chef — un médecin adjoint — un chirurgien — un pharmacien – un ou plusieurs internes.

Dans nombre d'établissements, suivant le bon vouloir des Conseils généraux et des influences locales, il n'y eut pas de médecin adjoint, il n'y en a pas encore dans tous les asiles départementaux ; de pharmacien, il en fut à peine question dans un ou deux asiles; de chirurgien, on n'en parle plus; des internes, on en trouva heureusement, et la plupart d'entre eux sont aujourd'hui médecins en chef ou directeurs-médecins.

Le médecin en chef doit visiter chaque jour les aliénés de toute classe et de toute catégorie; il est accompagné du médecin adjoint, des internes et du surveillant en chef (art. 60).

Nous reviendrons sur cet article en parlant des médecins adjoints.

Le médecin en chef *tient* ou *fait tenir*, au moment de la visite,

les cahiers de visite, le cahier de la pharmacie et le cahier des notes pour les observations médicales (art. 61).

Les cahiers de visite contiennent aussi les prescriptions alimentaires et médicales de toute sorte ; ils doivent être portés à l'économat assez à temps pour que le relevé en soit établi et porté à la cuisine avant le deuxième repas des malades. Ce travail matériel doit être fait par le médecin adjoint et à son défaut par les élèves internes, si le directeur-médecin ou le médecin en chef ne peut le faire (art. 62 et ses commentaires).

Le médecin en chef fait rédiger et tenir au courant les observations médicales par les internes, *sous la surveillance* du médecin adjoint. Les observations terminées par la sortie ou la mort sont déposées dans les archives de l'établissement (art. 64).

Le médecin de l'établissement (on ne dit pas le médecin en chef) procède à l'examen des malades entrants et rédige un certificat, dit de vingt-quatre heures, qui est transcrit sur le livre de la loi (art. 8, § 3 et article 12 de la loi du 30 juin 1838) ; ce certificat est transmis au Préfet dans les vingt-quatre heures ; à quinzaine, *le médecin* de l'établissement (on ne précise pas davantage) rédige un nouveau certificat qui rectifie ou confirme celui de vingt-quatre heures (art. 11) ; puis tous les mois et pour chaque malade le médecin devra inscrire une note mensuelle sur le registre ci-dessus indiqué dont la garde est confiée au directeur (art. 12, loi de 1838, et art. 13, § 2 du règlement du service intérieur) ; tous les six mois, le médecin en chef doit rédiger un rapport sur l'état du malade et les résultats du traitement, puis tous les ans, dans les trois premiers mois de chaque année, un compte général et détaillé et un relevé statistique du service médical pendant l'année qui vient de s'écouler (art. 65 du règlement du service intérieur).

Les autopsies doivent être faites par le médecin en chef ou le médecin adjoint (art. 66).

Le médecin en chef doit résider dans l'établissement et ne peut s'absenter plus de vingt-quatre heures sans prévenir le directeur et plus de quarante-huit heures sans un congé du préfet (art. 67).

N'oublions pas d'indiquer, avec l'article 68, que le médecin en chef ne peut être intéressé dans la gestion, ni attaché, soit comme médecin habituel, soit comme médecin consultant, au

service médical d'un établissement privé. Cette interdiction est formelle ; elle est accentuée dans les commentaires de l'article 68 ; le Ministre dit aux Préfets : « Vous ne devez tolérer aucune dérogation à l'article 68 ; des considérations sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister s'opposent, en effet, à ce que le médecin d'un asile public soit intéressé dans la gestion d'un établissement privé ou qu'il y soit attaché à un titre quelconque. De même l'exercice de la médecine extérieure doit lui être absolument interdit. » Les mêmes prohibitions s'appliquent aux médecins adjoints.

Le médecin en chef règle le mode de placement, de surveillance et de traitement des malades, désigne seul les aliénés pour le travail et les exercices auxquels ils peuvent être occupés, veille à l'accomplissement de toutes les obligations imposées aux internes, surveille les employés et gens de service dans leurs rapports avec les malades, et veille à la bonne tenue des salles et des quartiers (art. 59) ; il vise les états mensuels constatant les droits de rémunération de chaque aliéné et prescrit les bains partiels ou généraux de propreté.

Voilà sommairement mais complètement énumérés les devoirs et les obligations imposés au médecin dans les asiles publics d'aliénés, que nous avons surtout mission d'envisager.

Devons-nous dire que les médecins sont surchargés de besogne et qu'il leur est matériellement impossible de faire face aux exigences du service médical ? Devons-nous croire, avec la minorité de nos collègues, qu'il leur est impossible d'être à la fois directeurs et médecins ? Devons-nous admettre que médecins ils ne peuvent être directeurs et que directeurs ils ne seront plus médecins ?

Toutes ces questions, déjà traitées par nombre d'auteurs, sont toujours d'actualité. Nous avons scrupuleusement reproduit dans la première partie de ce travail les opinions de nos maîtres et collègues, il nous appartient maintenant de prendre parti dans le débat et de trouver une solution.

Nous n'aurons point besoin de demander l'abrogation de la loi du 30 juin 1838, loi d'ailleurs presque parfaite, très pratique, et qui a été votée après une étude approfondie et avec le concours de législateurs aussi distingués que compétents en la

matière ; cette loi a fait époque, nous attendrons longtemps son remplacement ou une simple amélioration.

Nous demanderons toutefois la modification du règlement du service intérieur, ce qui est toujours possible, le Ministre de l'Intérieur ayant le droit d'approuver tous les changements qui pourraient être proposés dans l'intérêt général des malades et du service médical.

III. — Directeurs-Médecins et Médecins en chef.

Dans un service d'aliénés et avec un nombre de malades trop considérable pour les locaux préparés pour les recevoir, l'organisation administrative et médicale, si parfaite qu'elle soit, laissera toujours à désirer ; mais elle sera encore plus défectueuse si le principe d'autorité et de direction est partagé entre deux hommes égaux hiérarchiquement en principe, mais inégaux de fait, placés tous deux dans des conditions déplorables pour assurer le bon fonctionnement d'un asile, où toutes les questions sont d'ordre hygiénique et médical, où tout doit être ramené à un but unique, le traitement des malades.

Nous n'hésitons pas à dire que la réunion des fonctions administratives et médicales sur une seule tête est une mesure parfaite au-dessus de la critique ; elle a d'ailleurs pour elle la consécration du temps, elle s'est imposée progressivement, gagnant toujours du terrain, s'étendant même aux grands asiles (Saint-Yon, Bailleul, Saint-Robert, Pierrefeu), suivant le vœu de nos inspecteurs généraux et l'avis, ancien déjà, mais unanime des savants spécialistes les plus autorisés de France et de l'étranger, Nous en avons fait la preuve par des citations nombreuses puisées dans leurs publications. Leur opinion a prévalu et a été mise en pratique à peu près partout en France et surtout en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Italie et en Amérique.

Les critiques récentes de MM. Chambard et Marandon de Mon-

tyel, ils le reconnaissent, restent isolées; c'est en vain qu'ils ont crié « sus à cette perfidie » ; ils n'ont point changé notre manière de voir, modifié nos convictions, pas plus qu'ils n'ont converti à leur doctrine notre excellent collègue et ami le Dr Garnier et le vice-président du Congrès de Nancy, le Dr Lapointe.

On ne peut être à la fois bon directeur et médecin! l'existence matérielle du fait démontre le contraire!

Le directeur tuerait le médecin, le bon directeur oublierait rapidement qu'il est médecin, il ne ferait plus de thérapeutique, il ne publierait plus rien; frappé de stérilité, il serait perdu pour la science psychiatrique! Ce sont là, non des arguments, mais des mots à effets, des pseudo-aphorismes.

En réalité, il y a en France quarante directeurs-médecins suffisamment actifs et pleins de vie, et nous savons que, parmi nos prédécesseurs, Dumesnil, directeur-médecin de Quatre-Mares, avait su rester médecin (Legrand du Saulle) et que Renaudin avait dit « qu'en devenant administrateur le médecin aliéniste devenait plus médecin »: c'est aussi l'opinion de M. Dagonet. Nous constatons enfin que, de nos jours, les collègues Cullerre, Camuset, pour ne pas blesser la modestie d'un plus grand nombre, ont su rester médecins quoique directeurs-médecins, qu'ils publient des travaux sérieux, se tiennent au courant du mouvement scientifique, et nous en font profiter par de savantes revues et des articles bibliographiques; ils passent quand même pour de bons directeurs. Devrions-nous ajouter qu'on a oublié de leur donner un médecin adjoint!

La science psychiatrique se meurt en France; elle est morte, clame M. Marandon de Montyel, à l'instar de Bossuet! Mais personne ne pensait cela, tout le monde croyait le contraire; on s'accordait à dire, avec juste raison, que le concours adopté pour l'internat des asiles de la Seine et de l'adjuvat, que l'installation de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, que la clinique libre de M. Magnan à l'admission, que les Facultés de Lyon, de Montpellier et de Bordeaux formaient de brillants élèves et avaient donné à l'étude de la psychiatrie un essor nouveau, une impulsion jusqu'alors inconnue, et formé enfin, depuis dix-huit ou vingt ans, une génération d'aliénistes bien mieux préparés, pour le travail et l'action, que leurs pré-

décesseurs, abandonnés à eux-mêmes, au hasard, sans conseils et sans direction. Ne pas reconnaître les résultats obtenus, c'est nier l'évidence, c'est proclamer l'inutilité des efforts des savants Ball, Joffroy, Magnan, Pierret, Mairet, Pitres et Régis; c'est refuser enfin le concours de ces jeunes et zélés néophytes, dont nous avons fait connaissance à nos Congrès successifs, et de ces médecins adjoints nommés à la suite de brillants concours.

Ancien directeur-médecin, M. Marandon de Montyel n'a point perdu cependant le goût et la culture de la science psychiatrique; il est en contradiction avec sa formule. Il en est de même de son collègue, le Dr Chambard, qui est et restera un savant, dans toute l'acception du mot.

Nos maîtres, les illustres, les anciens n'étaient pas directeurs-médecins. Ils ont fait progresser la science! c'est vrai en partie seulement; mais ils étaient tous partisans de la réunion des fonctions, ainsi que nous en avons fait la preuve en citant : Esquirol, Ferrus, Parchappe, Falret père et fils, Desmaisons, Brierre de Boismont, Girard de Cailleux, Moreau de Tours, Renaudin, Morel, Bouchet (de Nantes), Blanche, Le Mesnant des Chesnais, Petrequin, Lunier, Constans, Dumesnil, Foville, Ch. Loiseau, Dagonet (Henri), Motet, etc., et, parmi les étrangers, pouvons-nous oublier les savants directeurs-médecins que furent ou sont : Schroeder van der Kolk, Jacobi, Damerow, Fneel, Flemming, Lessing, Kostel, Riedel, Maresch, Zeller, Roller, Solbrig Spurzhein, J. Webster, Girolami, Miraglia, Koeppe et Paetz, etc.; auxquels nous devons ajouter Mundy et Griesinger, partisans de la réunion des fonctions, sans avoir été directeurs-médecins?

Mais Esquirol, Baillarger, Falret père et fils, Blanche, Brierre de Boismont et tant d'autres n'étaient pas directeurs-médecins. ils ont fait avancer la science! je l'accorde; ils n'étaient pas directeurs-médecins *d'asiles publics*, c'est encore vrai, mais ils ont été fondateurs et directeurs-médecins *d'asiles privés*, de maisons de santé, où ils entendaient bien se passer d'une volonté étrangère à la leur, et où, en toute liberté, ils faisaient profiter les malades de leur initiative individuelle, de leur science et de leur dévouement; ils avaient, en outre, une grande qualité, celle de ne point dédaigner les modestes directeurs-médecins de province et de leur prodiguer, en toute circonstance, le concours de

leur haute situation, en se solidarisant avec eux, témoin la création de la Société de secours mutuels des médecins aliénistes, dont ils pouvaient fort bien se passer et dont nous sommes appelés aujourd'hui à bénéficier. Leurs successeurs : les Jules Falret, Motet, Meuriot, Goujon, Parant, Pottier et autres, continuant la tradition, marchent avec nous, fraternellement, la main dans la main.

Les fonctions directoriales sont trop absorbantes pour un médecin en chef! mais, d'un autre côté, on nous avise qu'elles sont d'ordre subalterne ! Comment concilier ces deux opinions? Elles ne sont point absorbantes, mais simplement distrayantes, comme l'a dit Constans, et sont toutes ou à peu près d'ordre médical.

La nécessité de la réunion des fonctions médicales et administratives s'est d'ailleurs imposée pour notre armée nationale; depuis huit ans, la direction du service de santé militaire a passé des intendants aux médecins militaires, justifiant ainsi une fois de plus les avantages de l'unité dans la direction du service médical. Un de mes amis, chirurgien-major de 1re classe, m'a fourni à ce sujet la note suivante :

« La loi du 1er juillet 1889, modifiant la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, crée l'autonomie du service militaire de santé.

« Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée et les chefs du service de santé dans les hôpitaux sont pris parmi les membres du corps de santé militaire.

« Les médecins-chefs des hôpitaux ont autorité, pour tout ce qui regarde l'exécution du service, sur tout le personnel militaire ou civil attaché d'une façon permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres, en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et à tout le personnel hospitalier.

« Les lignes qui précèdent montrent que le directeur de l'hôpital est un médecin. On conçoit assez difficilement qu'il en ait été si longtemps autrement. Le médecin seul peut, en connaissance de cause, prendre telle détermination qu'il juge convenable pour le bien du service; et si le chef de l'hôpital n'est pas médecin, il ne peut agir que sur les données qui lui sont fournies par les médecins.

« Qu'on ne dise pas qu'un médecin ne peut pas être un ad-

ministrateur, un directeur d'établissement; les loisirs que lui laissent le service clinique peuvent être fructueusement employés à faire de la bonne direction dans l'hôpital. C'est ce qu'apprécient actuellement tous les médecins militaires, qui sont à même de faire le parallèle entre l'ancien et le nouveau régime. »

On réclame, pour le médecin en chef, la liberté d'agir à sa guise et sans entraves d'ordre administratif; rien n'est plus simple : qu'on lui donne l'autorité de la direction et qu'on lui laisse les colloborateurs habituels du directeur, un secrétaire de bureau de la direction et un commis aux écritures; il n'y aura rien de changé, si, il y aura un fonctionnaire de moins, une économie en argent de 8,000 francs dont nous trouverons ultérieurement l'emploi utile et fécond.

La besogne matérielle de la direction continuera à être faite au bureau de la direction par le secrétaire; point n'est besoin de l'administrateur-économe suisse, du sous-directeur placé hiérarchiquement au-dessous du médecin en chef (Bourneville), du sous-régisseur de Constans, de l'agent comptable de M. Chambard ; un bon secrétaire de direction suffit à cette œuvre; mais il faut lui faire subir un stage dans les divers services, dépense, économat, recette, ainsi que l'ont proposé notre collègue S. Garnier et les inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil (1874). Nous ajouterons toutefois qu'il est nécessaire de relever le prestige du secrétaire, d'en faire un chef de bureau, de lui accorder, en augmentant ses attributions d'ordre administratif, une situation hiérarchique au moins égale à celle des receveurs et des économes, et, par suite, de lui donner des appointements qui ne devraient jamais être inférieurs à 3,000 francs, avec la possibilité d'augmentations progressives en rapport avec celles dont pourraient être favorisés les receveurs et les économes.

Tout, a dit Constans, dans un asile, peut devenir matière à discussion ou à conflits d'attributions entre le directeur et le médecin en chef; c'est là un point sur lequel tout le monde est d'accord et que veulent bien aussi reconnaître MM. Marandon de Montyel et Chambard. N'en parlons donc plus et faisons du médecin en chef le directeur-médecin, puisque, dans un asile, si on peut se passer du directeur non médecin, on ne peut pas en dire autant du médecin sans revenir au moyen âge.

Mais la situation de directeur-médecin comporte des respon-

sabilités, nécessite une surveillance active de tous les services, c'est incontestable; mais il en est ainsi un peu partout et dans toutes les administrations. On conçoit difficilement qu'un représentant de l'autorité publique soit affranchi de toute responsabilité; poser la question c'est la résoudre.

M. Chambard s'est préoccupé de la responsabilité du directeur-médecin avec un économe indélicat ou infidèle; mais l'économe a versé un cautionnement au moyen duquel on pourrait boucher les trous faits dans les provisions ou denrées en magasin. Les préoccupations de M. Chambard sont peut-être exagérées; je n'ai pas eu l'occasion d'ailleurs, jusqu'à présent, d'en faire l'épreuve à mes dépens et je ne connais pas d'exemple à citer des fâcheux résultats de cette responsabilité, qui est surtout d'ordre moral.

Il importe peut-être plus de porter attention au service du receveur, qui peut facilement, d'ailleurs, être contrôlé par l'examen des titres de recettes émis à la direction et le registre d'enregistrement des mandats délivrés au même bureau; quand on aura pris l'habitude d'autoriser le receveur à ne conserver en caisse que le tiers de son cautionnement et que toutes les valeurs mobilières en dépôt seront placées en titres nominatifs, on pourra se reposer sur le trésorier-payeur général du soin d'une surveillance plus minutieuse.

Mais il y a d'autres responsabilités à propos des placements volontaires dont M. Chambard voudrait nous dégager, en invoquant d'ailleurs aussi l'intérêt du malade et de la société; il voudrait qu'il soit introduit, dans la loi sur les aliénés, neuf articles nouveaux que nous avons déjà reproduits dans la deuxième partie du rapport.

N'oublions pas les responsabilités, dont on se garde bien de nous parler, qui vont cependant nous assaillir, sous prétexte de « faute lourde », quand les murs intérieurs ou extérieurs seront démolis et quand l'*open door* sera appliqué à d'autres malades que les déments absolument inoffensifs. Donner aux aliénés la liberté, le travail en plein air, au milieu des champs et près d'une route plus ou moins fréquentée, c'est simple en apparence, mais pas toujours facile à réaliser sans danger pour les passagers ou les curieux, étant admis, d'ailleurs, que la division des

aliénés en dangereux et non dangereux est sujette à caution, subtile et indéterminée pour le médecin aliéniste.

Pour les magistrats, la chose est simple : sont dangereux tous les aliénés ayant commis un meurtre ou tentative de meurtre; ne sont pas dangereux ceux qui ne le sont pas encore et ont jusqu'alors pratiqué l'abstention; ils jugent après la faute commise, après le délit, après l'acte accompli ; à nous de prévoir et d'éviter le scandale, les accidents, le suicide, le meurtre ou les simples tentatives. A pareille situation, aussi fausse que redoutable pour le directeur-médecin, il n'y a pas de remède à opposer, à moins qu'il ne soit autorisé à se retrancher à l'abri de son diplôme de médecin et de sa délégation ministérielle. Cela devrait être suffisant, mais cela est-il?

Non, malheureusement, car la condamnation récente d'un de nos collègues, coupable, paraît-il, d'avoir envoyé aux travaux des champs un aliéné dangereux, nous a été trop pénible pour l'oublier à tout jamais.

IV. — Médecins adjoints.

Si l'article 52 du règlement du service intérieur place à côté du médecin en chef un médecin adjoint, nous avons vu que dans nombre d'asiles départementaux il n'y avait pas encore de médecin adjoint. Cette situation s'améliore lentement malgré le concours spécial et les candidats à caser, et s'il y a deux médecins adjoints à Villejuif et à Saint-Yon, trois à Sainte-Anne, dont deux pour les besoins de l'enseignement, il n'y en a plus à Ville-Evrard et il en reste un seul à Vaucluse, qui pourrait, d'ailleurs, fort bien être titularisé dans son service, comme MM. Febvré, Legrain et Marie à Ville-Evrard et à Dun-sur-Auron.

Pour nous, le médecin adjoint est aussi nécessaire au médecin en chef qu'au médecin-directeur, auprès duquel il ne devrait jamais manquer.

Le médecin adjoint a des devoirs et des droits dont le chef

de service ne saurait le dispenser ou le priver; il n'y a, pour cela, qu'à lire le règlement du service intérieur, à s'en pénétrer et à le suivre.

Le médecin adjoint est pour le médecin-directeur un auxiliaire précieux, indispensable, parfois un ami, un confident dont il doit apprécier et utiliser l'ardeur, la jeunesse et l'entrain. M. Marandon de Monthyel ne veut point en entendre parler; c'est pour lui un rouage inutile, il préfère des internes instruits et sérieux. L'un n'empêche pas les autres, ils se complètent, et, dans l'organisme médical, ils ont l'avantage d'habituer les jeunes au respect de la tradition, de la hiérarchie et des anciens, qui, s'ils ne sont pas toujours parfaits (la perfection n'est pas de ce monde), ont au moins l'avantage et le mérite de l'expérience acquise et des services rendus.

Le directeur-médecin, pour M. Marandon de Montyel, est l'être abominable, cause de tout le mal (ce pelé, ce galeux, ce maudit animal); c'est pour lui et à cause de lui qu'on a inventé le médecin adjoint. *En supprimant le premier, on aura raison du second!*

Avec des médecins en chef en nombre suffisant et des internes, on pourrait suffire à tous les besoins et dédoubler, par exemple, les services de Ville-Evrard, où il y aurait six médecins en chef! Nous estimons que dans un asile où il y a déjà trois médecins en chef et un directeur, un ou deux adjoints suffiraient largement pour assurer tous les besoins du service médical. Le ou les médecins adjoints remplaceraient les médecins en chef en cas d'absence, maladie ou congé, ce qui serait infiniment plus pratique que d'obliger un médecin en chef à faire son service déjà surchargé, paraît-il, et celui d'un collègue absent.

Est-il possible d'exiger qu'un médecin en chef d'un grand asile de mille huit cents malades (Maréville) puisse remplacer son collègue absent quand il a déjà seul neuf cents malades à visiter? Tout comme le directeur-médecin, il a droit au médecin adjoint, ce qui le dispenserait d'avoir recours au dévouement d'un collègue qui, lui aussi, par exemple, aurait le désir de suivre les séances d'un de nos Congrès.

L'article 60 du règlement du service intérieur imposerait au médecin en chef la nécessité inéluctable de visiter chaque jour

tous les malades de l'asile, et c'est pour cela qu'il ne peut être directeur-médecin. Il n'aurait pas le droit de se faire remplacer par le médecin adjoint!

L'article 60 est ainsi conçu : « Le médecin en chef visite chaque jour les aliénés de toute classe et de toute catégorie; il est accompagné dans cette visite par le médecin adjoint, les élèves internes et le surveillant en chef. »

On nous rappelle, à propos de cet article, que le médecin en chef doit *voir lui-même chaque jour tous les malades*. Ce n'est pas notre avis, et nous déclarons hautement que, règlement en main, le directeur-médecin peut se faire remplacer autant et aussi souvent qu'il lui plaira de le faire par le médecin adjoint, et cela en vertu de l'article 69 dudit règlement, ainsi conçu : Le médecin adjoint *seconde* le médecin en chef dans toutes les parties du service, mais *le remplace* en cas *d'absence* ou *d'empêchement*, et j'ajoute, même quand le médecin en chef n'est pas en congé régulier. Les mots *absence* ou *empêchement* s'appliquent, en effet, aux cas assez fréquents où le médecin en chef directeur est soit indisposé, soit absent pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, soit retenu par les obligations du service administratif; ils ne peuvent s'appliquer aux absences par congé, qui nécessitent alors l'intervention du préfet ou du Ministre de l'Intérieur.

Quand MM. Chambard et Marandon de Montyel ne craignent pas de conseiller aux médecins adjoints l'abstention pure et simple, la grève, puisqu'il faut l'appeler par son nom, tant qu'ils ne seront pas responsables, ils éludent involontairement l'article 69, qui donne à l'article 60 l'élasticité qui paraît lui manquer et en atténue singulièrement les obligations.

L'article 69 démontre aussi que dans tous les asiles départementaux il doit y avoir au moins un médecin adjoint; que c'est une obligation formelle, et qu'il est extraordinaire de penser que cette violation du règlement soit encore assez dans les mœurs pour passer inaperçue dans un grand nombre d'asiles départementaux.

Le médecin adjoint est expressément chargé, sous l'autorité du médecin en chef (art. 70) :

1° De surveiller toutes les parties du service médical;

2° De faire la deuxième visite du soir, qui s'étend à toutes les divisions;

3° De diriger et surveiller la rédaction des observations médicales.

Cet article 70 précise suffisamment les devoirs du médecin adjoint pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Il démontre une fois de plus l'utilité du médecin adjoint et la possibilité pour lui de s'habituer à la direction générale d'un service et à l'initiative. A la visite du soir, en effet, le médecin adjoint peut se livrer en toute liberté à ses goûts particuliers en matière d'étude ou d'observation des aliénés ; il n'est plus condamné « *à l'escorte d'honneur* ou au rôle de plus bel ornement de cette escorte du médecin en chef » dont parle M. Marandon de Montyel.

Déjà anciens internes d'asiles au concours le plus souvent, les médecins adjoints, nommés encore à la suite d'un nouveau concours, nous paraissent présenter toutes les garanties suffisantes pour autoriser le médecin-directeur à considérer comme des collaborateurs ses collègues de demain et à leur faciliter, dans la mesure du possible, la continuation des travaux scientifiques dont ils n'ont pas eu le temps de perdre le goût. Si le médecin-directeur est perdu pour la science, nous voulons bien l'admettre un instant, c'est aux médecins adjoints qu'il incombe de relever et de porter haut et ferme le drapeau que Pinel et Esquirol ont porté si glorieusement à travers le monde savant. Ils sont préparés pour la lutte, ils sont débarrassés de tout bagage administratif encombrant. A eux l'honneur des travaux scientifiques.

Je les entends déjà dire : mais il n'y a pas de bibliothèque, la collection des *Annales médico-psychologiques* est incomplète, nous ne recevons pas les revues spéciales; il nous faudrait un petit laboratoire, un microscope, quelques instruments. Ils ont souvent raison; nous devons faire droit à leurs légitimes revendications.

Oui; mais il y a le côté financier, il y a le logement à trouver pour se procurer ces moyens auxiliaires du travail et de la production scientifique.

Nous avions promis d'utiliser la somme de 8,000 francs que la suppression du directeur non médecin rendrait disponible, en voilà l'emploi tout trouvé. Avec un semblable crédit, dans un grand asile, on peut avoir un deuxième médecin adjoint, un secrétaire mieux payé; il restera encore 2,000 francs par an pour le laboratoire et la bibliothèque, ce qui est largement suf-

fisant pour qui sait attendre et n'a pas été habitué à manger son blé en herbe.

Conformément au vœu déjà émis au Congrès de Rouen, les médecins adjoints devraient être nommés après un concours unique et non à la suite de concours régionaux, qui ne permettent pas le classement des élus par ordre de mérite réel.

V. — Élèves internes.

Le règlement du service intérieur des asiles d'aliénés n'a pas prévu le concours pour la nomination des internes, et déjà à Paris et dans les Facultés de province ce concours existe. Nous estimons que ce système doit être généralisé, mais qu'il doit être régional, comme l'est encore le concours de l'adjuvat, et qu'il doit être étendu à tous les services de la Seine, y compris Charenton, Bicêtre et la Salpêtrière.

Comme M. Sérieux, nous demandons que le concours soit établi (en France et pour les Français) entre les étudiants en médecine ayant seize inscriptions et les docteurs en médecine ayant moins de trente ans, en leur laissant toute liberté de rester dans le même service pendant deux ou trois ans, avec l'agrément de leur chef de service; mais nous estimons, avec M. Bourneville, qu'il ne faut point exclusivement exiger d'eux des connaissances approfondies en psychiatrie, qu'il est préférable de s'assurer qu'ils possèdent un fond sérieux de médecine générale que les aliénistes ne doivent pas négliger avant de se spécialiser.

Pour prendre part au concours de l'adjuvat, tous les candidats devraient justifier d'une année au moins comme internes dans un asile d'aliénés ou dans un quartier d'hospice faisant fonction d'asile public.

Pour toute autre question, le règlement du service intérieur paraît suffisamment explicite.

Ainsi que cela a été obtenu pour le département de Loir-et-

Cher, nous demandons pour les internes d'asiles la participation aux charges et aux avantages de la caisse départementale des retraites, ce qui avancerait d'autant l'époque de la mise à la retraite des directeurs-médecins.

VI. — Pharmaciens.

Les articles 81 et 87 du règlement du service intérieur, qui déterminent le rôle du pharmacien et ses attributions dans les asiles d'aliénés, ne donnent pas lieu à controverse et à discussion ; mais ils n'ont que trop rarement l'occasion d'être mis en pratique, le pharmacien faisant le plus souvent défaut. Il y a là une réforme à accomplir sur laquelle il n'est pas inutile d'insister et que nous avons eu personnellement le bonheur de réaliser à partir du 1er janvier.

VII. — Surveillants et Gardiens.

Une seule modification réclame l'attention pour ces auxiliaires précieux du service médical : c'est la question de la retraite après de longs et pénibles services.

Dans un certain nombre de départements, les surveillants sont admis aux bénéfices de la caisse départementale des retraites ; mais les gardiens n'en profitent pas et n'arrivent pas facilement à la situation de reposant. Dans le département de Loir-et-Cher, la situation de reposant est assimilée de fait, mais non en droit, à une pension viagère de 500 francs servie par l'asile. Ce n'est peut-être pas très régulier, c'est déjà, cependant, un progrès vers la retraite à servir par la caisse départementale des

retraites. Quand nous parlons de la caisse départementale des retraites, nous n'entendons point dire que son fonctionnement est l'idéal à réaliser, qu'il y a dans chaque département une caisse des retraites dont peuvent profiter les personnes attachées au service médical, ce qui serait inexact.

Nous n'avons pas oublié les légitimes revendications de notre collègue S. Garnier, et nous adoptons ses conclusions, telles qu'il les a présentées et ainsi que nous les avons déjà reproduites.

VIII. — Encombrement des asiles d'aliénés.

Quand une institution nouvelle, organisée pour fonctionner dans certaines conditions fixées à l'avance et, s'il s'agit d'un établissement de bienfaisance, pour un nombre déterminé de malades à hospitaliser, se trouve progressivement placée dans une toute autre condition et en présence de nécessités et de besoins pour lesquels elle n'a pas été créée, il se produit dans l'ensemble et jusque dans les détails les plus infimes un trouble profond, et là où doivent régner l'ordre, le calme et la régularité, apparaissent le désordre, le chaos, l'incohérence dans la direction et les conflits d'attribution.

Les asiles d'aliénés ont été construits et fondés à la suite du vote de la loi du 30 juin 1838 pour trois cent cinquante ou quatre cents malades au maximum avec des quartiers de classement en nombre insuffisant, il faut bien le reconnaître aujourd'hui ; mais, avec un directeur-médecin, un médecin adjoint et un interne, il était encore possible au début de répondre en partie aux obligations du service médical ; on serait arrivé avec le temps à pallier et améliorer ce qu'il y avait de défectueux. Malheureusement, et cela presque partout, les conditions nécessaires à un fonctionnement normal n'ont pas duré bien longtemps, l'encombrement est survenu, interdisant tout progrès, toute amélioration.

Les causes de l'encombrement, sans être multiples, furent variées, les unes involontaires, les autres voulues.

Dans un certain nombre de départements, les aliénés placés dans une maison de force ou de détention à la fin du siècle précédent attendirent longtemps une installation plus en rapport avec leur infortune ; ils étaient si mal abrités et soignés qu'on y regardait à deux fois avant de s'en séparer; peu à peu cette hésitation a déterminé un courant d'opposition passé dans les usages individuels et collectifs.

On ne comprenait pas encore assez la nécessité d'hospitaliser les aliénés pour les traiter et les guérir, on ne se rendait pas compte des progrès réalisés par les élèves de Pinel et d'Esquirol, on continuait à croire qu'une renfermerie plus confortable qu'une prison était suffisante pour garantir la société des dangers que les aliénés dangereux pouvaient occasionner, et alors on n'a pas vu grand, on a lésiné, on a prévu un asile de cinquante lits quand il en fallait cent cinquante, de cent lits quand il en fallait trois cents.

Puis même, avec ce rudiment d'hospitalisation, il se produisit quand même dans d'autres départements un grand changement dans la manière de traiter les aliénés et dans les résultats obtenus ; individus et collectivités aidant, se rendant peu à peu compte du bien réalisé, le nombre des malades à traiter augmentait sans cesse et dans une proportion inquiétante ; l'encombrement ne tardait pas à survenir; on n'avait pas pensé qu'il y aurait tant d'aliénés à hospitaliser.

Dans quelques départements, l'asile étant à peine suffisant pour les besoins du jour, il s'est produit un mouvement légitime pour un asile privé, mais regrettable pour un asile public. On a fait miroiter au Conseil général, peu flatté de payer un prix de journée de 1 fr. 15 par jour et par aliéné, la possibilité d'arriver un jour à diminuer et même à supprimer cette subvention, en traitant les aliénés d'un ou plusieurs départements à un prix supérieur. Ce n'était plus de l'hospitalisation, c'était de la spéculation, et, comme les administrations publiques sont généralement mal habiles en ce genre d'opération, les résultats furent déplorables pour l'asile, qui s'endettait d'autant plus qu'il était plus encombré par des malades, dont le régime alimentaire devenait insuffisant et dont le séjour en des locaux trop petits pour les contenir devenait funeste.

Ailleurs encore et pour d'autres raisons, on en vint à placer

dans les asiles d'aliénés les déments séniles, les cérébraux, les épileptiques, les imbéciles, les idiots, les ivrognes.

Dans un grand nombre d'asiles, enfin, le département de la Seine déversait progressivement le trop-plein, toujours croissant, formidable même, de ses aliénés assistés ; ce fut une véritable inondation dont les ravages funestes et anti-humanitaires se continuent, sans que des tentatives sérieuses soient faites pour garantir les asiles de province contre ce nouveau déluge.

Les médecins aliénistes n'ayant plus de places à disposer ne pouvaient plus utiliser les quartiers de classement déjà en nombre insuffisant, et les malades, en dépit des prescriptions hygiéniques les plus élémentaires, furent privés du volume d'air auquel ils avaient droit : les agités refluaient jusque dans les quartiers des tranquilles et des convalescents, les infirmeries regorgeaient de malades atteints de diarrhées chroniques, de tuberculose, de paralysie générale à la dernière période, de maladies incidentes aiguës et même de soi-disant pellagreux et autres états de misère physiologique dus à l'encombrement.

Voilà le mal, tel est l'abus, qu'il faut combattre avec énergie et qui doit et peut disparaître, car il a disparu assez rapidement dans un asile que je ne veux pas désigner, qui, après avoir hospitalisé, il y a dix-huit ans, trois cents cinquante aliénés de la Seine, n'en contient plus aujourd'hui que soixante, sans avoir compromis en quoi que ce soit sa situation financière ; mais il a fallu s'y atteler et ne pas sortir des brancards avant d'avoir obtenu gain de cause.

Par ce temps d'encombrement et d'exportation des aliénés, les asiles de province sont assaillis de demandes de placement par d'aimables émissaires, sachant habilement plaider leur cause et offrir en cadeau un prix de journée plus que rémunérateur en apparence. Ne nous y laissons pas prendre, fermons les portes, s'il en existe encore ! Que le département de la Seine, dont les représentants sont imbus d'idées philanthropiques et sociales d'ordre si élevé, prennent des mesures énergiques, qu'ils se décident enfin à construire de nouveaux asiles « en ne laissant pas ce soin aux seuls architectes » (Esquirol).

Dans un asile encombré, il est impossible de profiter avec avantage des locaux préparés pour un nombre limité de malades. Il ne faut plus songer à améliorer lesdits locaux et à faire

usage des nouveaux procédés de traitement dont on nous vante si fort les merveilleux résultats ; ce n'est pas l'organisation du service médical qu'il faut incriminer, ce n'est pas la réunion des fonctions qui devient responsable de cet état de choses aussi regrettable, d'ailleurs, et aussi constant dans les asiles où la séparation des fonctions existe.

On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que le mouvement actuel qui nous porte vers les colonies familiales et l'*open door* a justement pour but de faire disparaître l'encombrement des asiles actuels et de les rendre à leur destination première, le traitement des aliénés.

On a tout d'abord parlé de la séparation des aliénés en curables et incurables et de leur placement dans des asiles différents, comme cela a été fait en Allemagne avec succès, suivant Morel. Au congrès de Nancy, cette proposition, reprise par MM. Marie, Laty et Delmas, a été combattue par le rapporteur et depuis par M. Marandon de Montyel, qui réclame huit asiles, asiles spéciaux appropriés aux huit groupes de malades, qui suivant lui doivent être soignés à part, sans exclure, d'ailleurs, le placement familial indirect.

En Belgique, où la colonie familiale de Gheel semble avoir donné de bons résultats, on s'est décidé à renouveler la même tentative à Lierneux avec un certain succès au point de vue économique ; mais M. Féré, qui vante les résultats obtenus dans les colonies familiales, propose d'en réserver l'emploi en France pour les aliénés chroniques et inoffensifs.

Le Dr Hack Tuke n'a pas paru très satisfait de ce qu'il a vu à Gheel, où on éviterait d'envoyer tous les malades snsceptibles de troubler l'ordre public, ce qui réduirait le système de Gheel au rôle de placement familial indirect pour chroniques et inoffensifs chez des cultivateurs habitant au milieu de landes désertes; mais nous avons vu, avec Falret et Christian, que Gheel, avec son infirmerie centrale actuelle, véritable petit asile, a subi une transformation qui le rapproche d'Alt-Scherbitz.

Le Dr Lentz de Froidmont, après avoir étudié tous les systèmes de désencombrement des asiles, a proposé de construire au milieu d'une région déserte du Luxembourg un petit asile central faisant peu à peu les frais d'installation de maisons rusti-

ques autour de l'asile central, où on ferait du placement familial ; c'est ce qui a été réalisé à Alt-Scherbitz.

M. Bourneville, au Congrès de Blois (1892), a démontré que pour désencombrer les asiles d'aliénés il ne fallait pas négliger les moyens divers d'y arriver en faveur d'un seul ; ces moyens sont :

1° *Le patronage familial direct* avec secours en argent, pour engager les parents d'un malade dément, sénile, faible d'esprit, inoffensif, et certains mélancoliques pour qui le séjour de l'asile ne serait pas utile, à le garder près d'eux, et à ne pas le confier à des étrangers ; c'est l'assistance au sein de la famille. Nous pensons que ce système est le meilleur de tous ceux proposés ; malheureusement, il n'est pas souvent réalisable, pour bien des raisons que nous n'osons pas dire, et aussi parce que les parents, travaillant à l'atelier, plus ou moins loin de leur domicile, sont déjà obligés d'avoir recours aux crèches et aux salles d'asile pour leurs enfants.

2° *Le patronage familial indirect*, réalisé à Dun-sur-Auron, sous la direction du Dr Marie. Entre de pareilles mains une œuvre aussi délicate et critiquable devait réussir et paraît avoir réussi en dépit du découragement des uns et du pessimisme des autres.

3° *Les colonies agricoles annexées aux asiles actuels*, système qui, au point de vue médical, financier et social, donne satisfaction à M. Bourneville et au rapporteur ; cette opinion a rallié au Congrès de Blois un grand nombre de partisans.

4° *L'admission précoce dans les asiles*. M. Bourneville pense, avec la majorité des aliénistes anciens et modernes, français et étrangers, nous croyons l'avoir démontré au Congrès de Nancy, que le retard apporté au placement des aliénés dans l'asile est la véritable cause de « la fabrication des aliénés chroniques. » Quand on amène l'aliéné à l'asile, après avoir essayé de traitements et de conseils plus ou moins baroques ; quand on l'a mal traité et affaibli, on vient demander une guérison à l'aliéniste ! il est souvent trop tard [1].

5° *L'organisation des sociétés de patronage pour les aliénés guéris*, dont le retour dans la famille et la société s'effectue si souvent dans de mauvaises conditions, serait une œuvre des plus utiles

1. Neumann et Krafft-Ebing, traduction Laurent, p. 307.

et des plus faciles à réaliser; c'est une mesure excellente à proposer et à présenter dans chaque département aux Conseils généraux. Il suffirait parfois d'une faible subvention pour organiser une société de ce genre, qui placerait, surveillerait et protégerait au besoin l'ancien malade de façon à prévenir une rechute et empêcher le retour définitif à l'asile.

Mais en dehors des moyens précités, M. Bourneville estime aussi qu'avant de penser à construire des asiles spéciaux pour les alcooliques et autres groupes de pseudo-aliénés, il serait infiniment plus utile et pratique de construire, pour les aliénés de la Seine, les asiles dont ils ont besoin, étant donné que les asiles actuels sont encombrés et en trop petit nombre.

L'*open door*, dont on nous a tant vanté les résultats merveilleux obtenus en Ecosse, n'est pas ce que M. Marandon de Montyel nous avait promis; ce n'est pas le système de l'asile des aliénés aux portes ouvertes, mais une série de mesures destinées à triompher de l'encombrement; l'*open door* n'est pas le traitement de l'aliéné en liberté, dans un asile ouvert, c'est une élimination progressive et prudente des chroniques et des incurables n'ayant plus besoin du séjour dans l'asile dit de traitement.

Nous avons dit que M. Pétrot avait vu en Écosse, chez les paysans, non pas des aliénés à l'état aigu, mais de vieux aliénés, des abêtis.

M. Marie, qui a étudié sur place l'*open door*, nous a appris à cet égard que les médecins écossais pratiquaient :

1° L'internement précoce des aliénés dans les asiles de traitement fermés et où existe une surveillance active;

2° L'évacuation des aliénés chroniques dans des hospices-asiles où la liberté était encore bornée;

3° Le placement familial, après un choix parmi les chroniques, dernière étape parcourue par les malades après deux sélections.

En sorte que l'*open door*, au début, utilise un asile très fermé dont les portes s'ouvrent pour les malades guéris et pour les chroniques qui, eux, sont conduits dans un deuxième asile d'où sont extraits, pour participer au placement familial, les vieux aliénés, les abêtis de M. Pétrot.

Il nous reste maintenant à parler des aliénés dits criminels, dont la présence au milieu des aliénés présenterait de nombreux

inconvénients pour les partisans du « non-restreint » et des soi-disant asiles aux portes ouvertes. Le fonctionnement normal du service médical dans un asile d'aliénés ne deviendrait possible qu'à la condition de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels et ceux placés sur les frontières de la folie : fous moraux, méchants et indisciplinables, simulateurs à la prison, évadeurs systématiques et fauteurs de désordre à l'asile, sans oublier les fous à tendances homicides, les impulsifs dangereux, les condamnés devenus aliénés après condamnation.

Tous ces êtres, dégénérés à des degrés divers, réclameraient des mesures d'internement et des asiles spéciaux ! Est-il possible, cependant, de créer en France des asiles dans le genre de Matteavan (État de New-York), de Montelupo (Italie), de la Sûreté de Bicêtre et du quartier-annexe de Gaillon ?

En cette circonstance, n'oublions pas que nous sommes médecins et pas criminalistes, et envisageons la question au point de vue médical seulement. Les sujets soumis à notre observation sont ou ne sont pas responsables, conscients ou inconscients : les irresponsables relèvent du médecin aliéniste; les responsables relèvent de l'autorité judiciaire.

Certes, la distinction entre ces deux catégories est chose difficile, puisque partout et en toutes choses la nature et les processus morbides ne procèdent pas par bonds, et que des cas intermédiaires de transitions existent ou doivent exister. Pour ces cas spéciaux, impossibles à classer, l'asile des aliénés est encore préférable à la prison spéciale.

Le gouvernement d'un grand asile de neuf cents à mil huit cents malades, comme Quatre-Mares ou Maréville, ne serait pas facile avec des malades de ce genre; leur présence au milieu des aliénés ordinaires serait une des causes qui rendent impossible la généralisation du non-restreint en des asiles de moins en moins fermés, de moins en moins clôturés, peu éloignés d'une agglomération urbaine et, par suite, des familles !

Le pervers aliéné par hasard et à temps, l'homme régressif, l'ivraie sociale, les anti-sociaux (Marandon de Montyel et Pons) réclameraient aussi des asiles spéciaux, des lieux de sûreté, des variétés de prison qui ne seraient pas des prisons, où ils seraient cependant sérieusement claquemurés.

Il faut bien le reconnaître, les grands asiles, pour cette raison

comme pour tant d'autres, sont condamnés devant l'opinion médicale psychiatrique, et ce ne sont pas les aliénés dits criminels, les condamnés devenus aliénés ou les dégénérés impulsifs qu'il faut incriminer, mais bien et une fois de plus l'encombrement des asiles et le nombre insuffisant du personnel médical et de surveillance.

Un bon asile ne devrait pas contenir plus de quatre à cinq cents malades, et si un asile par département devenait insuffisant, il faudrait en construire un second, ce qui serait l'exception si les asiles d'aliénés ne recevaient que des malades de leur département et ne se croyaient pas dans l'obligation de traiter les malades de la Seine pour pallier à l'insuffisance du prix de journée payé pour les malades de leur propre département.

Dans un asile bien aménagé contenant un quartier d'hommes et un quartier de femmes, avec cinq ou six divisions par sexe, y compris l'infirmerie, la surveillance sera toujours relativement facile, surtout s'il existe un certain nombre de cellules disposées comme à Saint-Robert.

Nous ne devons pas parler, agir, organiser pour les cas exceptionnels, prendre des mesures, créer de nouveaux asiles de plus en plus spéciaux pour les aliénés dits criminels ou pour les aliénés dits gêneurs ou indisciplinables; nous devons vivre avec notre ennemi, si j'ose m'exprimer ainsi, et prendre notre mal en patience. C'est là le côté fâcheux de notre situation, le sujet de nos craintes, la cause de bien des ennuis, tracas, difficultés de toute sorte, y compris parfois des conflits d'ordre administratif ou judiciaire; mais cela est, cela sera, c'est inéluctable, c'est rivé à notre profession comme le boulet l'était au pied du forçat. On peut désirer plus, moins ou mieux. Mais alors, que dire des asiles régionaux ou de l'asile central qui recevrait tous les aliénés dits criminels ou indisciplinables, tous les impulsifs, tous les gêneurs, fauteurs de désordre, fomenteurs de complots, tous ceux, en un mot, qui ne pourraient vivre de la vie commune et plus douce des asiles ordinaires? Seront-ils plus faciles à surveiller, les mauvais sujets, quand ils seront réunis et agglomérés dans un seul établissement; deviendront-ils disciplinables, négligeront-ils de fomenter des complots, seront-ils débarrassés de leurs impulsions homicides, continueront-ils à être des malades?

Il n'y aura rien de changé. Si, il y aura un asile ou des asiles semblables aux autres, à moins, ce que je redoute, qu'il n'y ait en plus une horrible geôle rappelant, de près ou de loin, celles que nos ancêtres Pinel et Esquirol ont contribué à faire démolir.

Le choix à faire parmi les aliénés à placer dans les asiles de sûreté fût-il facile, il y aurait, je crois, à tenir compte de ce fait : que souvent dans les asiles d'aliénés il y a des aliénés homicides qui ne sont pas traités comme des aliénés dangereux, car ils jouissent dans l'asile d'une liberté peut-être exagérée, et que souvent on ne craint pas de leur confier, pour les travaux des ateliers et des champs, des instruments qui pourraient devenir dangereux entre leurs mains.

J'ai vu dans un asile d'aliénés un malade chronique et ambitieux, ex-aliéné homicide, transformé en ordonnance bonne d'enfant chez un médecin aliéniste!

Quand on constate avec quelle insouciance du danger, avec quel oubli de précautions pour notre sauvegarde personnelle nous passons nos jours au milieu des aliénés, on se demande pourquoi, tout à coup, il faudrait changer des habitudes séculaires et oublier les grands exemples transmis par nos prédécesseurs!

Les asiles pour les aliénés dits à tort criminels, ou les asiles de sûreté pour les récalcitrants ou les anti-sociaux, seraient l'œuvre d'une réaction regrettable, à l'opposite des sentiments philanthropiques et de solidarité que nous avons le droit de nous rappeler et le devoir de professer.

Les asiles d'aliénés sont encombrés; il est difficile, nous l'accordons, d'appliquer les nouvelles mesures et méthodes de surveillance et de traitement que les progrès incessants de la psychiatrie ont fait éclore dans le monde entier. Réclamons alors la nécessité de construire dans les départements où cela n'a pas été compris, depuis la loi du 30 juin 1838, des asiles d'aliénés de mieux en mieux appropriés à leur destination, et abandonnons les idées des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, puisque, en Italie, ils ne répondent pas au but poursuivi et ne pourront jamais servir de modèle aux asiles criminels français, pas plus que le traitement qu'on y applique (Pons), et que, en Amérique, l'asile de Matteawan est déjà encombré et qu'on y

remarque, de plus en plus fréquemment, les évasions et les tentatives d'évasion (Darin).

Rappelons que Mundy[1] n'était pas partisan de construire des asiles spéciaux pour les aliénés criminels. Ce serait, disait-il, entreprendre une grosse dépense pour un minime résultat. Broadmoor a déjà coûté 8 millions de francs; il y a six cents malades et la population tend à s'accroître, parce que il y a une tendance, dans les asiles ordinaires, à se débarrasser des malades plus ou moins dangereux, qu'une bonne surveillance permettrait de conserver.

Le Dr Pelman, de Siegbürg, après avoir visité Broadmoor, disait qu'il n'était pas possible de réunir ensemble tous les aliénés criminels à cause des complots, violences, évasions, mauvais exemples qu'on y observait en permanence. Dans une seule année, à Broadmoor, les détenus avaient détruit pour 12,800 fr. de vêtements et objets de literie.

Dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1871, 1er semestre), le Dr Wiedemeister, à Osnabrück, se demande s'il est nécessaire de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

En Angleterre, en 1863, on a abandonné les deux ailes annexées en 1816 à l'ancien asile de Bedlam, et l'asile spécial de Braodmoor fut créé à 20 milles de Londres. Cet asile contenait, au 31 décembre 1868, trois cent soixante et dix hommes et quatre-vingt-six femmes.

En Irlande, l'asile spécial de Dundrum en contenait cent vingt.

La surveillance de ces malades, possible ou relativement facile quand ils sont disséminés avec les autres aliénés, devient *impossible* quand ils sont concentrés en un même lieu. Le recrutement des gardiens devient *extrêmement difficile*.

La tendance à conspirer, rare heureusement chez les aliénés, devient permanente.

Les accidents, meurtres ou tentatives de meurtre, les évasions ou tentatives, sont à l'ordre du jour.

L'asile spécial n'est et ne peut être qu'une prison.

Nulle part on ne rencontre la dégradation humaine et l'immoralité autant qu'en ces lieux.

1. *Société médico-psychologique*, 28 octobre 1872.

Le Dr Wiedemeister dit que l'asile spécial pour les fous criminels ne doit pas être érigé en Allemagne, parce que c'est une mesure en opposition formelle avec la psychiatrie, la morale et la législation.

L'aliéné devenu meurtrier est toujours un malade.

Le condamné devenu aliéné pourrait être placé dans une annexe de la prison. C'est la seule réserve à faire.

Nous ajoutons que, dans ce cas, le condamné est devenu un malade et mérite alors toute notre sollicitude et a droit d'ailleurs à nos soins comme il y aurait droit s'il était atteint d'une pneumonie.

Krafft-Ebing[1] propose de placer les criminels devenus aliénés dans les conditions suivantes :

A. Dans les asiles ordinaires d'aliénés :

1° Ceux qui étaient malades au moment du crime;

2° Ceux qui sont devenus malades pendant l'instruction, c'est-à-dire prévenus non condamnés;

3° Les criminels devenus aliénés sous une forme qui n'a rien de pénible ou de fâcheux pour l'entourage.

B. Dans les quartiers spéciaux annexés aux prisons :

1° Les prévenus devenus aliénés après l'enquête et le renvoi devant la justice; ce sont des accusés avec culpabilité probable;

2° Les détenus suspects de simulation;

3° Tous les cas aigus, surtout chez ceux soumis à l'isolement.

C. Dans les asiles spéciaux pour les aliénés criminels :

Tous les individus incurables, chroniques ou dangereux, que l'état de leur crime ne permet pas de mêler aux aliénés ordinaires.

Dans les petits États, il suffirait de placer les aliénés criminels dans une annexe de l'asile des aliénés.

Dans les grands États, il faudrait construire des asiles spéciaux, surtout pour les fous moraux.

Suivant *le Dr Gatsch*, médecin de la maison centrale de Bruchsal[2] :

1. *Friereich's Blaetter*, 1873.
2. *Allge-Zeits. für Psychiatrie*, 1873.

Les condamnés devenus aliénés doivent être placés dans une annexe de la prison.

Les aliénés devenus meurtriers doivent rester dans les asiles d'aliénés ordinaires.

Ces deux catégories ne devraient pas être réunies dans un asile spécial.

Il y a en France, non compris le département de la Seine, 45,770 aliénés assistés dans les asiles publics, privés, et les quartiers d'hospice. La proportion est de 1,18 par 1,000 habitants.

Dans la Seine, cette proportion est de 3 par 1,000 avec 11,000 aliénés assistés.

Dans 21 départements, la population est supérieure à 500,000 habitants, et 9 de ces départements ont un asile départemental suffisamment installé pour le nombre des malades à traiter; dans le Rhône, cependant, il faudrait construire un deuxième asile.

Dans 4 départements, il y a 2 asiles, ainsi que l'exigent les besoins du service.

Dans 1 département, la Seine, il n'y a que 4 asiles et il en faudrait au moins 10.

Dans 7 départements, enfin, les malades sont placés dans des asiles privés ou des quartiers d'hospice, et, parmi eux, il y en a 2 qui auraient besoin d'avoir chacun 2 asiles.

Soit, pour ces 21 départements, 16 asiles départementaux à construire pour 500 malades.

Dans les autres départements, au nombre de 65, il y a des asiles dans 28 départements seulement; les autres départements placent leurs malades dans des asiles privés ou des quartiers d'hospice, soit, par conséquent, 37 asiles départementaux de 200 à 500 malades à construire.

10 départements ont passé des traités avec des quartiers d'hospice et 18 avec des asiles privés, qui pourraient être rachetés par ces départements.

Les quartiers d'hospice, à moins qu'il soit possible de les isoler complètement, ne sauraient être rachetés; ils doivent être abandonnés définitivement, le travail des aliénés profitant à d'autres qu'à eux-mêmes.

En rachetant tous les asiles privés, il resterait à construire :

1° Pour les départements au-dessus de 500,000 habitants............	16 asiles.
2° Pour les départements au-dessous de 500,000 habitants.........	19 asiles.
Au total.......	35 asiles.

En estimant à 3,000 francs le lit, un asile tout construit, aménagé et meublé, pour fonctionner immédiatement, cela donnerait pour 500 malades : 1,500,000 francs.

Et pour 35 asiles : 52,500,000 francs.

Dans beaucoup de départements, où un asile de 2 à 300 malades serait suffisant, la dépense serait bien inférieure à 1,500,000 francs ; elle serait de 600 à 900,000 francs.

Nous savons bien que les architectes trouveront que le chiffre de 3,000 francs par lit est notoirement inférieur au chiffre nécessaire à atteindre pour faire grand et beau ; mais nous estimons à 40 pour cent le rabais qui peut être fait sur leurs projets en général, si l'on veut bien se contenter de constructions simplement confortables et sans luxe, comme il convient à un établissement de bienfaisance.

En résumé, le nombre des asiles départementaux est notoirement insuffisant et un grand nombre d'asiles sont encombrés parce que : *les uns*, construits seulement pour les malades d'un département, ont donné l'hospitalité aux malades d'un ou plusieurs départements dépourvus d'asiles ; *les autres*, parce qu'ils ont été construits pour un trop petit nombre de malades ; ils seraient tous, d'ailleurs, encore plus encombrés, si certains départements n'avaient pas eu recours à des asiles privés ou à des quartiers d'hospice, ce qui ne devrait pas être toléré.

En Algérie, la situation est déplorable ; il n'y a pas encore d'asile d'aliénés et les malades sont encore hospitalisés en France, loin de leur pays. L'asile construit à grands frais près d'Alger n'a jamais fonctionné ; c'est à n'y rien comprendre.

Dans le département de la Seine, l'encombrement dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Il a été signalé depuis longtemps et stigmatisé récemment par notre collègue Bourneville, membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine.

Répartition des aliénés assistés de la Seine dans les asiles publics, privés et quartiers d'hospice.

ALIÉNÉS INDIGENTS AU COMPTE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE au 31 décembre 1896.		NOMBRE	PRIX DE JOURNÉE
Nombre des aliénés assistés dans les asiles de la Seine..	Sainte-Anne.	1,051	2f 80
	Vaucluse.	1,025	2,20
	Villejuif.	1,490	2,20
	Ville-Évrard.	1,398	2,20
Nombre des aliénés assistés dans les asiles départementaux de la province.......	Fains.	204	1f 25
	Saint-Venant.	265	1,30
	Saint-Dizier.	64	1,25
	Blois.	64	1f 35 — 1f 30
	Bordeaux.	4	1f 50
	Saint-Alban.	123	1,15
	Quimper.	68	1,25
	Toulouse.	333	1f 25 — 1f 20
	Cadillac.	144	1f 25
	Bonneval.	49	1f 30 — 1f 25
	Auch.	268	1f 20
	La Roche-sur-Yon.	12	1,30
	Breuty.	170	1,25
	Évreux.	134	1,40
	Saint-Lizier.	215	1f 25 — 1f 20
	Naugeat.	167	1f 25
	La Roche-Gandon.	73	1,25
Nombre des aliénés assistés dans les asiles privés de...	Caen.	334	1f 20
	Saint-Lô.	337	1,20
	Bourg.	50	1,20
	Pont-l'Abbé.	460	1f 25 — 1f 20
	Clermont (Oise).	85	1f 60
	Bégard.	646	1,15
Nombre des aliénés assistés dans les quartiers d'hospice de......................	Bicêtre.	1,200	2f 20
	Salpêtrière.	717	2,10
	Tours.	131	1,40
	Niort.	212	1,20
	Orléans.	»	1,25
	TOTAL............	11,463	

L'asile de Ville-Evrard a été construit pour six cent vingt malades, non compris la nouvelle section dite des travailleurs; Sainte-Anne pour six cent seize, Vaucluse pour cinq cent soixante. En consultant le tableau précédent, on peut juger du résultat obtenu par l'encombrement progressif de ces trois établissements. Ne possédant pas de données exactes sur l'asile de Villejuif, nous ne pouvons pas nous rendre compte de l'intensité de l'encombrement; mais tout le monde sait, qu'à cet égard, Villejuif n'a rien à envier aux autres asiles de la Seine.

IX. — Propositions.

Les asiles publics d'aliénés sont en nombre insuffisant; il y en aura toujours au moins un par département ayant moins de 500,000 habitants.

Les asiles devront être construits et aménagés avec six quartiers de classement pour cinq cents malades des deux sexes (chiffre maximum). Ils contiendront un quartier d'observation ou de traitement dit de surveillance continue, et, comme annexe, une colonie agricole à la périphérie, en contact avec l'asile proprement dit.

Le département de la Seine, pour ne pas contribuer à augmenter l'encombrement dans les asiles de la province, doit rapidement construire une série d'asiles bisexués de cinq cents malades dans un rayon de quinze à vingt kilomètres de Paris.

L'encombrement progressif des asiles d'aliénés pourra, en outre, être combattu avantageusement par des mesures tendant à faciliter l'internement précoce des aliénés et l'assistance familiale directe avec secours en argent.

Le service médical et administratif doit être confié, dans chaque asile public d'aliénés, à un directeur-médecin, assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints, d'un ou plusieurs internes et d'un secrétaire, chef de bureau de la direction, ayant dans l'asile, à égalité, la situation hiérarchique et les appointements du receveur et de l'économe.

Dans les asiles cliniques, situés dans les villes où il existe une Faculté de médecine, le professeur de clinique deviendrait directeur-médecin, ayant à sa disposition deux médecins adjoints, dont l'un, le chef de clinique, serait chargé spécialement des besoins de l'enseignement, et l'autre des obligations légales du service médical. En cas de besoin, le nombre des médecins adjoints pourrait être doublé par des assistants choisis par le professeur de clinique, parmi les docteurs en médecine ayant été internes dans les asiles publics d'aliénés.

Les médecins adjoints, nommés par un concours unique pour toute la France, seront, dans chaque asile, placés par le Ministre de l'Intérieur à la disposition du directeur-médecin (Constans). C'est parmi les médecins adjoints que seraient pris, par ordre de mérite et de classement, les directeurs-médecins, sans qu'aucune exception ou dérogation à ce principe puisse être faite à propos de la création d'un nouvel asile, ou d'une première nomination, ou pour des services autres que ceux dévolus aux seuls médecins adjoints.

Les internes seront nommés, par suite de concours régionaux, entre les docteurs en médecine âgés de moins de trente ans et les étudiants français ayant terminé leurs études de médecine générale. Après un stage minimum de un an dans un asile d'aliénés, ils auraient le privilège exclusif de pouvoir concourir pour obtenir le titre de médecin adjoint.

Dans les asiles trop éloignés du siège d'une Faculté de médecine, l'interne pourrait être remplacé par un deuxième médecin adjoint.

Dans le plus bref délai, et en attendant la construction de nouveaux asiles départementaux, le service médical dans les quartiers d'hospice et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sera assuré par le Ministre de l'Intérieur, comme pour les asiles départementaux, par des médecins nommés par lui et ayant la même origine, le même classement et la même situation hiérarchique.

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine faits par *le* médecin de l'établissement pourraient être faits par *un* médecin de l'établissement.

Le règlement du service intérieur, modifiable par le Ministre de l'Intérieur, serait mis à jour et adapté aux propositions ci-

dessus énoncées, sans oublier de placer au premier rang le service médical relégué actuellement à l'article 52, section VIII.

Dans chaque asile d'aliénés, il sera aménagé une bibliothèque médicale, un laboratoire et une salle d'autopsie permettant aux médecins et aux internes de se livrer à des recherches scientifiques et à l'étude de l'anatomie normale et pathologique des centres nerveux.

Le service des retraites des directeurs-médecins sera fait, à l'avenir, par l'État; les internes étant admis à y participer subiront les retenues réglementaires à partir du jour de leur entrée en fonction.

Les surveillants en chef et gardiens participeront aux charges et avantages de la Caisse départementale des retraites.

TABLEAU

DES ALIÉNÉS ASSISTÉS

PAR DÉPARTEMENTS

NUMÉROS D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	DÉNOMINATION de L'ASILE	POPULATION du département.	NOMBRE DES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT HOSPITALISÉS dans un asile départemental.	dans un autre asile par traité. départemental.	dans un autre asile par traité. privé.	dans un quartier d'hospice par traité.	PRIX DE JOURNÉE payé par le département. Hommes.	Femmes.	OBSERVATIONS
1	Ain..........	Saint-Georges. H.... Ste-Madeleine. F....	351.569	»	»	H. 170 F. 234	»	1 »	1 »	
2	Aisne........	Prémontré..........	541.613	H. 264 } 571 F. 307 }	»	»	»	1 »	1 »	
3	Allier........	Ste-Catherine, comme. d'Izeure..........	424.382	H. 184 } 388 F. 204 }	»	»	»	» 90	» 90	
4	Alpes (Basses)	Montdevergues (Vaucluse.)............	118.142	»	150	»	»	1 15	1 15	
5	Alpes (Hautes)	Asile de Pierrefeu (Var.)............	111.715	»	115	»	»	1 25	1 25	
6	Alpes marit..	Asile Saint-Pons.....	265.680	»	»	400	»	1 20	1 20	
7	Ardèche.....	Privas. Asile privé (Ste-Marie.).......	363.301	»	»	314	»	1 10	» 90	
8	Ardennes....	Prémontré (Aisne.)..	324.923	312	»	»	»	1 20	1 20	
9	Ariège.......	Saint-Lizier.........	219.793	185	2	»	»	1 »	1 »	
10	Aube........	Saint-Dizier.........	251.435	»	300	»	»	1 25	1 25	
11	Aude........	Asile Saint-Joseph, à Limoux...........	310.513	»	»	348	»	1 10	1 10	
12	Aveyron.....	Rodez..............	389.464	H. 233 } 442 F. 209 }	»	»	»	1 »	1 »	
13	Bouches-du-R.	St-Pierre, à Marseille et Aix.............	673.820	S. P. 846 } 1089 Aix. 273 }	»	»	»	1 30 1 20	1 30 1 30	Marseille. Aix.
14	Calvados.....	Le Bon Sauveur, à Caen.............	417.176	»	»	661	»	1 20	1 20	
15	Cantal.......	Quartier d'Aurillac...	234.382	»	»	»	181	1 25	1 20	
16	Charente.....	Asile de Breuty.....	356.234	315	»	»	»	» 70	» 70	
17	Charente-Inf..	Asile de Lafond.....	450.455	329	9	»	»	1 20	1 20	
18	Cher.........	Beauregard.........	347.725	337	»	»	»	1 »	1 »	
19	Corrèze......	La Cellette (Corr.) H. Se-Marie (Clerm.-F.) F.	322.393	»	»	H. 162 } 291 F. 129 }	»	1 »	1 05	
20	Corse........	»	290.168	»	»	»	»	1 20 1 50 1 37 1 30	1 20 1 50 1 37 1 30	Aix. Marseille. Saint-Pons. Saint-Athanase.
21	Côte-d'Or....	La Chartreuse.......	368.168	413	»	»	»	» 90	» 90	
22	Côtes-du-Nord.	H. Lehon........... F. St-Brieuc (hospice).	616.074	»	»	397	296	1 05	1 »	
23	Creuse.......	Naugeat, Limoges...	279.366	»	125	»	»	1 25	1 25	
24	Dordogne....	Leyme (Lot)........	461.822	»	»	310	»	1 30	1 30	
25	Doubs.......	St-Ylie (Jura)........	300.246	»	380	»	»	1 25	1 25	
26	Drôme.......	Asile privé de Privas. Asile dépal de Vaucluse à Montdevergues...	306.419	»	30	357	»	1 10 1 25	0 95 1 25	Privas. Montdevergues.
27	Eure........	Asile de Navare.....	340.652	580	»	»	»	1 20	1 20	
28	Eure-et-Loir..	Bonneval..........	280.469	401	»	»	»	1 20	1 20	
29	Finistère.....	St-Athanase (Quimper) Hospice (Morlaix)....	728.000	577	»	»	380	1 05	0 96	
30	Gard........	Montdeverg. (Vaucl.). St-Alban (Lozère)....	413.388	Montdever. 537 } 583 St-Alban.. 46 }	»	»	»	1 15 1 10	1 15 1 10	Montdevergues. Saint-Alban.
31	Garonne (Hte).	Asile de Braqueville..	451.009	468	»	»	»	» 75	» 75	
32	Gers.........	Auch..............	261.084	191	»	»	»	» 85	» 85	
33	Gironde......	Asile de Bordeaux. F. Id. de Cadillac.. H.	808.000	632 } 1141 509 }	»	»	»	1 25	1 35	
34	Hérault......	Montpellier (Hospice).	469.684	»	»	»	593	1 25	1 25	
35	Ille-et-Vilaine.	Saint-Méen.........	617.875	710	»	»	»	1 15	1 15	
36	Indre........	Naugeat-Limoges....	289.206	»	126	3	»	1 25	1 25	
37	Indre-et-Loire.	Tours (Hospice).....	337.064	»	»	»	H. 115 } 300 F. 185 }	1 40	1 40	
38	Isère........	Saint-Robert........	565.933	805	»	»	»	1 »	1 »	
39	Jura.........	Saint-Ylie..........	266.143	H. 205 } 380 F. 175 }	»	1	»	1 10	1 10	
40	Landes.......	Asile St-Luc, à Pau...	292.884	»	161	»	»	1 18	1 18	
41	Loire........	Divers.............	624.336	»	»	974	»	1 10	1 05	
42	Loir-et-Cher..	Asile de Blois.......	278.153	266	»	»	»	1 10	1 10	
43	Loire (Haute).	Asile de Montredon, près Le Puy.......	316.699	»	»	»	360	1 »	1 »	

NUMÉROS D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	DÉNOMINATION de L'ASILE	POPULATION du département.	NOMBRE DES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT HOSPITALISÉS dans un asile départemental.	dans un autre asile par traité départemental.	dans un autre asile par traité privé.	dans un quartier d'hospice par traité.	PRIX DE JOURNÉE payé par le département. Hommes.	Femmes.	OBSERVATIONS
44	Loire-Inférre..	Asiles divers par traités dans d'autres dépts et quartrs d'hospice à Nantes..........	643.172	»	»	H. 60 / F. 135 } 195	H. 67 / F. 105 } 172 à Nantes.	1 30	1 30	
45	Loiret........	Quartier d'hospice...	371.019	»	»	»	484	1 15	1 15	
46	Lot...........	Asile de Leyme......	240.403	252	»	»	»	1 30	1 30	
47	Lot-et-Garonne.	»	286.377	395	»	»	»	1 22	1 22	
48	Lozère.......	Saint-Alban.........	132.151	H. 104 / F. 129 } 233	»	»	»	» 80	» 80	
49	Maine-et-Lre..	Ste-Gemmes, près Angers.............	513.870	732	6	»	7	1 05	1 05	
50	Manche......	Asile privé de Picauville / Id. de St-Lô.... / Quartier d'hospice de Pontorson........	496.052	»	»	Picauville 250 / St-Lo.. 77	Pontorson. 236	»	»	Picauville.. 355 fr. par an. / Saint-Lo .. 370 — / Pontorson.. 360 — / Ces prix sont indistinctement payés pour les deux sexes.
51	Marne.......	Châlons.............	438.692	H. 200 / F. 240 } 440	»	»	»	1 20	1 20	
52	Marne (Haute)	St-Dizier............	232.057	302	»	»	»	» 90	» 90	
53	Mayenne.....	La Roche Gandon, commne de Mayenne.	321.187	H. 229 / F. 232 } 461	»	»	»	1 10	1 10	
54	Meurthe-et-M.	Maréville, près Nancy.	466.150	550	»	»	»	» 90	» 90	
55	Meuse.......	Fains (à Bar-le-Duc)..	290.384	322	»	»	»	1 10	1 10	
56	Morbihan....	Lesvellec, près Vannes	546.028	H. 304 / F. 359 } 663	»	»	»	» 95	» 95	
57	Nièvre.......	La Charité-sur-Loire.	333.899	461	»	»	»	1 »	1 »	
58	Nord........	Armentières...... H. / Bailleul.......... F.	1.807.868	H. 928 / F. 966 } 1894	»	»	»	1 10	1 »	
59	Oise.........	Clermont............	403.511	411	»	»	»	1 45	1 45	
60	Orne........	Alençon.............	339.162	460	»	»	»	1 10	1 10	
61	Pas-de-Calais.	Saint-Venant........	906.249	438 femmes.	»	394 H.	»	1 »	1 »	
62	Puy-de-Dôme.	Ste-Marie (Clerm.-F.) F. / La Cellette (Corr.) H.	555.078	»	»	720	»	1 »	1 »	
63	Pyrénées (B.).	Pau..............	481.999	423	»	»	»	» 85	» 85	
64	Pyrénées (H.).	Pau..............	218.976	»	155	»	»	1 18	1 18	
65	Pyrénées-Or..	Asile privé de St-Jean-de-Cluny, à Limoux (Aude)........	208.387	»	»	190	»	1 10	1 10	
66	Rhône.......	Bron..............	833.329	1326	25	78	»	1 20	1 20	1 fr. 50 dans les autres asiles départementaux et 1 fr. 10 dans les asiles privés.
67	Saône (Haute).	Maréville..........	272.894	280	»	»	»	1 25	1 25	
68	Saône-et-Lre..	Asile St-Georges à Bourg Hommes......... / Asile Ste-Madeleine à Bourg. Femmes...	621.237	»	St-Georges.. 203 / Ste-Madel... 245 } 448		»	1 10	1 10	
69	Sarthe.......	Le Mans...........	424.077	567	»	»	»	1 15	1 15	
70	Savoie.......	Bassens...........	259.790	350	1	»	»	1 »	1 »	
71	Savoie (Haute)	Bassens...........	265.872	350	»	»	»	1 »	1 »	
72	Seine-Inférre..	St-Yon, commne de Sotteville-les-Rouen... / Quatre-Mares. Id....	837.824	H. 976 / F. 687 } 1663	»	»	»	1 40	1 19	
73	Seine-et-Marne	Clermont (Oise).....	359.044	»	326	»	»	1 35	1 35	
74	Seine-et-Oise.	Clermont (Oise).....	667.590	»	577	»	»	1 50	1 50	
75	Sèvres (Deux-)	La Providence, à Niort.	346.449	»	»	»	230	1 15	1 15	Enfants au-dessous de 16 ans; prix de journée de 0 fr. 80.
76	Somme......	Dury..............	540.270	H. 238 / F. 194 } 432	»	»	»	1 38	1 38	
77	Tarn........	Asile du Bon-Sauveur, à Albi............	339.369	»	»	330	»	1 20	1 20	
78	Tarn-et-Garne.	Montauban..........	200.390	»	»	»	239	1 125	1 125	
79	Var.........	Pierrefeu..........	288.292	316	»	»	»	1 20	1 20	
80	Vaucluse.....	Montdevergues......	235.411	458	»	»	»	»	»	Subvention annuelle de 85,000 fr.
81	Vendée......	La Roche-sur-Yon...	442.355	515	»	»	»	» 90	» 90	
82	Vienne......	Quartier d'hospice, à Poitiers........... / Asile de Niort.......	338.114	»	à Poitiers.. 135 / à Niort... 200 } 335		»	1 26 / 1 20	1 26 / 1 20	Poitiers. / Niort.
83	Vienne (Haute)	Neaugeat à Limoges.	375.794	308	»	»	»	» 95	» 95	
84	Vosges......	Maréville, Meurthe-et-Moselle..........	421.412	»	380	»	»	1 25	1 25	
85	Yonne.......	Auxerre...........	332.656	373	4	»	»	1 »	1 »	
86	Territ. de Belf.	Belfort............	88.047	»	74	»	»	1 25	1 25	

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE QUESTION. — **Diagnostic de la paralysie générale.**

RAPPORT DU Dr F.-L. ARNAUD.

DEUXIÈME QUESTION. — **L'Hystérie infantile.**

RAPPORT DU D[r] PAUL BÉZY.

TROISIÈME QUESTION. — **De l'organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.**

Rapport du Dr DOUTREBENTE.

Toulouse, imp. Douladoure-Privat, rue St-Rome, 39. — 5956

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

HUITIÈME SESSION

Tenue à Toulouse, du 2 au 8 août 1897

DEUXIÈME PARTIE

Publiée par le **Dr Victor PARANT,** *Secrétaire général.*

COMPTES RENDUS



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS-LIBRAIRES
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, 120

TOULOUSE
ÉDOUARD PRIVAT
LIBRAIRE-ÉDITEUR
45, Rue des Tourneurs, 45

1898

PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur.

MM. **Barthou,** ministre de l'Intérieur.
Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.
Landard, préfet de la Haute-Garonne.
Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés.
Serres, maire de Toulouse.
Labéda, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse.
Falret (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris.
Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse.

Président.

M. **Ritti,** médecin de la Maison nationale de Charenton (Seine).

Vice-présidents.

MM. **Brissaud,** professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Dubuisson, directeur-médecin de l'Asile public de la Haute-Garonne.

Secrétaire général.

M. **Parant,** directeur de la Maison de santé, allée de Garonne, 17, Toulouse.

Secrétaire adjoint.

M. **Nogués (Émile),** directeur de l'établissement hydrothérapique, quai de Tounis, 34, Toulouse.

Secrétaires des séances.

MM. **Anglade,** médecin adjoint de l'Asile public de la Haute-Garonne.
Thibaud, médecin adjoint des asiles d'aliénés.
Parant fils, étudiant en médecine.

LISTE DES ADHÉRENTS AU CONGRÈS

(Les noms précédés d'un astérisque sont ceux des adhérents qui ont assisté au Congrès.)

Adam (Aloyse), médecin en chef, Asile Saint-Georges, Bourg (Ain).
* **André**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
* **Anglade**, médecin adjoint, Asile de Braqueville (Haute-Garonne).
Archambauld, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Tours.
5. * **Arnaud**, médecin de la Maison de santé de Vanves (Seine).
Ballet (Gilbert), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
* **Bauby**, chef de travaux pratiques à la Faculté de médecine de Toulouse.
Baudron, médecin adjoint des Asiles d'aliénés, Josnes (Loir-et-Cher).
* **Baylac**, médecin des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.
10. * **Bérillon**, inspecteur adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine, Paris.
* **Bézy**, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.
Binet, médecin de la Maison de santé de Champvert, Lyon.
* **Boissier**, membre correspondant de la Société médico-psychologique, Paris.
* **Bonnet** (Joseph), docteur-médecin à Toulouse.
15. **Bouchard**, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Bouchereau, médecin de l'Asile Sainte-Anne, Paris.
* **Bourdin**, médecin en chef, Asile de Leyme (Lot).
Bourneville, médecin de Bicêtre, Paris.
* **Briand**, médecin en chef, Asile de Villejuif (Seine).
20. * **Brissaud**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Broquère, directeur-médecin, Asile de la Roche-Gandon (Mayenne).
Brousse, docteur-médecin, vice-président du Conseil général de la Seine.

* **Brunet** (Daniel), ancien directeur-médecin des Asiles d'aliénés, Paris.

Caillau, médecin en chef, Asile de Cadillac (Gironde).

25. * **Camuset**, directeur-médecin, Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

* **Carrier**, médecin des hôpitaux de Lyon.

* **Caubet**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

* **Cavalié**, interne des hôpitaux de Toulouse.

* **Cestan**, interne des hôpitaux de Paris.

30. **Chabbert**, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).

* **Charon**, médecin adjoint, Asile de Bailleul (Nord).

* **Charpentier**, médecin de Bicêtre (Seine).

* **Chaslin**, médecin suppléant de Bicêtre (Seine).

* **Christian**, médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine).

35. **Colin**, médecin en chef, Asile de Gaillon (Eure).

* **Cullerre**, directeur-médecin, Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).

* **Delaye**, docteur-médecin à Toulouse.

* **Deny**, médecin de Bicêtre (Seine).

* **Destarac**, docteur-médecin à Toulouse.

40. **Donadieu-Lavit**, médecin consultant à Lamalou-les-Bains (Hérault).

* **Doutrebente**, directeur-médecin, Asile de Blois (Loir-et-Cher).

Dubois, docteur-médecin, président du Conseil général de la Seine.

* **Dubourdieu**, médecin adjoint, Asile Saint-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).

* **Dubuisson**, directeur médecin, Asile de Braqueville (Haute-Garonne).

45. **Dufour**, directeur-médecin, Asile de Saint-Robert (Isère).

* **Dupain**, médecin adjoint, Asile d'Alençon (Orne).

* **Dupau**, président de la Société de médecine de Toulouse.

* **Escat**, ancien interne des Asiles de la Seine, docteur-médecin à Toulouse.

* **Fabre** (Gustave), interne des hôpitaux de Toulouse.

50. **Falret** (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris.

Fenayrou, médecin adjoint, Asile de Blois (Loir-et-Cher).

* **Garnier** (Paul), médecin en chef de la Préfecture de police, Paris.

Garnier (Samuel), directeur-médecin, Asile Saint-Ylie, Dôle (Jura).

Garrigou, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse.

55. * **Gendre**, docteur-médecin à Toulouse.
* **Giraud**, directeur-médecin, Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure).
* **Giret**, médecin adjoint, Asile de Limoux (Aude).
* **Girma**, directeur-médecin, Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
60. * **Guilhem**, chargé du cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Toulouse.
Guy, médecin en chef, Asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn).
* **Hamel**, médecin adjoint, Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure).
Joffroy, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.
* **Joulin**, docteur-médecin à Toulouse.
65. * **Labéda**, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse.
Ladame, privat-docent de psychiatrie à l'Université de Genéve.
Lafforgue, médecin aide-major à Longwy (Meuthe-et-Moselle).
Lagrange, médecin du Quartier d'aliénés, Poitiers (Vienne).
* **Lalanne**, directeur-médecin de la Maison de santé du Bouscat (Gironde).
70. * **Lamacq**, docteur-médecin à Bordeaux.
Lande, médecin légiste, Bordeaux.
* **Lannois**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.
Larroussinie, directeur de la Maison de santé de Caudéran (Gironde).
* **Larquier,** interne à l'Asile de Braqueville (Haute-Garonne).
75. * **Le Filliâtre**, docteur-médecin, Villejuif (Seine).
Legrain, médecin en chef, Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
Legras, médecin de l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police, Paris.
Levet, médecin adjoint, Asile de Foins (Meuse).
Mabille, directeur-médecin, Asile de Lafond (Charente-Inférieure).
80. **Magnan**, médecin de Sainte-Anne, Paris.
* **Mairet,** doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.
* **Malfilâtre,** directeur-médecin, Asile de Saint-Lizier (Ariège
* **Marie** (A.), médecin en chef des Asiles de la Seine, Paris.
Marie (Pierre), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
85. * **Massol**, étudiant en médecine.
Maupaté, médecin adjoint, Asile d'Armentières (Nord).
* **Maurel**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Meilhon, directeur-médecin, Asile de Quimper (Finistère).
Meuriot, directeur-médecin de la Maison de santé de Passy, Paris.
90. * **Montalègre**, interne des hôpitaux de Toulouse.
Moreau de Tours (Paul), directeur-médecin de la Maison de santé, Ivry (Seine).
* **Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
Motet, directeur-médecin de la Maison de santé, rue de Charonne, 161, Paris.
* **Noguès** (Emile), directeur-médecin de l'Etablissement hydrothérapique, Toulouse.
95. **Nolé**, directeur-médecin, Asile d'Yseure, Moulins (Allier).
* **Pailhas**, médecin adjoint, Asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn).
* **Parant**, directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse.
* **Parant** fils, étudiant en médecine.
Paris, médecin en chef, Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
100. **Parisot**. professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.
* **Pérès**, étudiant en médecine.
Périès, médecin en chef, Asile de Montauban (Tarn-et-Gar.).
* **Perry (de)**, docteur-médecin à Bordeaux.
* **Pétrucci**, directeur-médecin, Asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).
105. **Pichenot**, médecin en chef, Asile de Montdevergues (Vaucluse).
* **Pitres**, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.
* **Poggi**, docteur-médecin à Marseille.
Pons, médecin en chef, Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Ramadier, directeur-médecin, Asile de Rodez (Aveyron).
110. **Raymond**, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
* **Rayneau**, médecin en chef, Asile d'Orléans (Loiret).
* **Rebatel**, directeur-médecin de la Maison de santé de Champvert, Lyon.
* **Régis**, chargé du cours de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux.
* **Rémond**, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse.
115. * **Rey**, directeur-médecin, Asile de Montperrin, Aix (Bouches-du-Rhône).
* **Rispal**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.
* **Ritti**, médecin en chef, Maison nationale de Charenton (Seine).
Robert, médecin adjoint, Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Rouby, directeur-médecin de la Maison de santé Les Capucins, Dôle (Jura).

120. **Rougé**, médecin en chef, Asile de Limoux (Aude).
Rousset, médecin adjoint, Asile de Bron (Rhône).
* **Sabrazès**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.
* **Saint-Ange**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
* **Santenoise**, médecin adjoint, Asile Saint-Ylie, Dôle (Jura).
125. **Semelaigne**, directeur-médecin de la Maison de santé de Saint-James, Neuilly (Seine).
Sérieux, médecin en chef, Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
* **Soucail**, interne à l'Asile de Braqueville (Haute-Garonne).
Taty, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, La Tour-de-Salvagny (Rhône).
Terrien, docteur-médecin, Les Essarts (Vendée).
130. * **Thibaud**, médecin adjoint des Asiles, Maison nationale de Charenton (Seine).
Tissié, inspecteur des exercices physiques dans l'Université de Bordeaux.
Toy, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.
* **Valentin**, docteur-médecin à Paris.
Vallon, médecin en chef, Asile de Villejuif (Seine).
135. **Vernet**, médecin en chef, Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Vigouroux, médecin adjoint de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher).
* **Voisin** (Auguste), médecin de la Salpêtrière, Paris.
Voisin (Jules), médecin de la Salpêtrière, Paris.
Asile d'aliénées de Château-Picon, Bordeaux.
140. **Asile d'aliénés** de Châlons-sur-Marne (Marne).

RÈGLEMENT

Article premier. — Les médecins aliénistes et neurologistes français se réunissent chaque année dans une des villes de France.

Art. 2. — Chaque Congrès désigne, au cours de sa session, le lieu où il se réunira l'année suivante, le président et le secrétaire général du Congrès suivant.

Art. 3. — La durée du Congrès est de six jours. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une le soir.

Art. 4. — La première séance est ouverte par le président du Congrès de l'année précédente, qui remet les pouvoirs à son successeur.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on nomme deux vice-présidents et des secrétaires de séances.

Art. 5. — Le Bureau nommé a la direction du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 6. — Les membres adhérents ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 7. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne peuvent occuper la tribune plus de vingt minutes.

Les rapporteurs, pour l'exposé verbal des principaux points de leur rapport écrit, n'ont pas de temps limité.

Art. 8. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire général, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications

pour la rédaction des procès-verbaux. A défaut de ce résumé, le texte rédigé par les secrétaires des séances en tiendra lieu.

Art. 9. — Les rapports imprimés doivent être distribués aux membres adhérents au moins un mois avant l'ouverture du Congrès. Les comptes rendus seront imprimés et distribués le plus tôt possible après la session.

Art. 10. — Le Bureau a le droit de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général dans les deux mois qui suivent la clôture de la session ne sera pas imprimé.

Art. 11. — Le Bureau de chaque Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue, avec le Président et le Secrétaire général élus un an d'avance, le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante, en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où l'on doit se réunir.

COMPTE RENDU FINANCIER DU CONGRÈS DE NANCY

1896

Présenté par M. le Dr Vernet, *Secrétaire général.*

RECETTES.

127 cotisations à 20 francs (adhésions des membres adhérents.......	2,540f »	
9 cotisations à 10 francs (étudiants en médecine)................	90 »	
36 cotisations à 15 francs pour le banquet du Congrès..............	540 »	
Subvention du Conseil général.......	500 »	
Compte Masson. Vente des volumes des Congrès précédents.............	145 20	
Reliquat du Congrès de Bordeaux....	708 50	
Total.........	4,523f 70	4,523f 70

DÉPENSES.

Fournitures de bureau, timbres-poste, timbres de quittance, télégrammes, voitures, etc....................	322f 30	
Banquet du Congrès...............	659 »	
Impression de circulaires, lettres, bulletins, plan de Nancy, enveloppes, etc.	108 90	
Impression des rapports et des comptes rendus du Congrès............	2,321 20	
Envoi des volumes.................	113 60	
Salle Poirel, Institut anatomique, gratifications, etc...................	100 »	
Total.........	3,605f »	3,605f »
Reste.....................		918f 70

Choix du siège du Congrès, nomination du Président et du Secrétaire général pour le Congrès de 1898.

Le huitième Congrès des aliénistes et neurologistes français, d'accord avec **M. le Dr Pétrucci,** présent à Toulouse, décide que la neuvième session, en 1898, aura lieu à Angers.

Il nomme :

Président : **M. Motet,** médecin de la Maison de santé, rue de Charonne, 161, à Paris, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire général : **M. Pétrucci,** directeur-médecin de l'Asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

Il admet en outre, en principe, sur la demande de **M. Rey,** directeur-médecin de l'Asile d'Aix-en-Provence, que la session de 1899 aura lieu à Marseille.

Choix des questions et des rapporteurs pour le Congrès de 1898.

1re *Question.* — Les troubles psychiques post-opératoires.

Rapporteur : **M. Rayneau.**

2e *Question.* — Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.

Rapporteur : **M. Sabrazès.**

3e *Question.* — Les délires transitoires au point de vue médico-légal.

Rapporteur : **M. Vallon.**

HUITIÈME CONGRÈS

DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES FRANÇAIS

Toulouse 1897.

PROGRAMME

Le huitième Congrès des aliénistes et neurologistes français se tiendra à Toulouse du 2 au 8 août 1897. La séance d'ouverture aura lieu dans la salle des Illustres, au Capitole. Les autres séances auront lieu dans le grand amphithéatre de la Faculté de médecine, allées Saint-Michel, où le Secrétariat se trouvera également pendant la durée du Congrès,

Les ordres du jour sont réglés comme suit :

Lundi 2 Août.

Matin, 10 heures. — Séance solennelle d'ouverture (au Capitole). — Dans cette séance aura lieu l'installation des bustes de Pinel et d'Esquirol parmi les Illustres toulousains, installation faite sur l'initiative et par les soins de la Municipalité toulousaine,

Soir, 2 heures (Faculté de Médecine). — Constitution du bureau, nomination des Présidents d'honneur, de deux vice-présidents et des secrétaires des séances. — Compte rendu financier du Congrès de 1896. — Nomination d'une Commission pour le choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1898.

Première question : *Diagnostic de la Paralysie générale.* — Rapporteur : **M. Arnaud.**

Discussion.

Mardi 3 Août.

Matin, 8 heures. — Deuxième question : *Hystérie infantile.* — Rapporteur : **M. Bézy.**

Discussion.

Soir, 2 heures. — Troisième question : *Organisation médicale des asiles d'aliénés.*

Rapporteur : **M. Doutrebente.**

7 heures. — Banquet par souscription du Congrès.

Pendant le banquet on entendra :

1° Une excellente Société chorale, l'École Philharmonique, dont les membres feront entendre divers chants locaux, notamment *La Toulousaine.*

2° Une estudiantina de mandolinistes, les Gays Troubadours.

Mercredi 4 Août.

Matin, 8 heures. — Visite de l'Asile départemental de Braqueville.

11 heures. — Déjeuner offert par l'Administration de l'asile.

Soir, 2 heures. — Visite des principaux monuments de Toulouse.

Cette visite aura lieu sous la direction d'un archéologue des plus distingués, **M. Cartailhac,** qui connaît admirablement Toulouse, et qui s'est mis avec une bonne grâce charmante à la disposition des membres du Congrès.

Jeudi 5 Août.

Matin, 8 heures. — Choix du siège du Congrès pour 1898. — Election du Président et du Secrétaire général. — Choix des questions à mettre à l'ordre du jour. — Nomination des rapporteurs.

Communications diverses.

Soir. — Excursion à la ville et à la vieille Cité de Carcassonne, sous la direction de **M. Cartailhac.**

Vendredi 6 Août.

Matin, 8 heures. — Communications diverses,

Soir, 3 heures. — Communications diverses.

Samedi 7 Août.

Matin, 8 heures. — Communications diverses.

Soir. — Départ pour Bagnères-de-Luchon. — Excursion finale.

Arrivée à Luchon. — Réception par la Municipalité. — Dans la soirée, réception au Casino. — Concert. — Fantasia avec le concours de la corporation des Guides luchonnais et de la fanfare municipale.

Dimanche 8 Août.

Matin, 9 heures. — Visite des thermes.

Midi. — Promenade à la vallée du Lys. Excursion à la rue d'Enfer.

Soir, 7 heures. — Banquet offert par la ville de Luchon dans la salle de théâtre du Casino. — Feu d'artifice dans les jardins du Casino.

Clôture du Congrès.

Lundi 9 Août.

Si le temps le permet, pour les amateurs, ascension du Bacanère (2,190 mètres), d'où l'on a une vue magnifique sur la vallée de Luchon, sur le val d'Aran, sur la vallée de la Garonne, sur les grands glaciers et sur une grande partie du massif des Pyrénées centrales.

COMPTES RENDUS

DES

SÉANCES

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

Toulouse 1897.

SÉANCE D'OUVERTURE

LUNDI 2 AOUT (matin).

La séance d'ouverture du huitième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français a eu lieu le lundi 2 août, à dix heures du matin, au Capitole, dans la salle des Illustres.

Cette salle, qui doit son nom à ce que les Toulousains y placent les bustes des plus illustres enfants de leur pays, était en réparations depuis plusieurs années et le public n'y avait point accès. Elle lui a été rouverte, pour ainsi dire, à l'occasion du Congrès, et c'est celui-ci qui en a fait en quelque sorte la nouvelle inauguration. Point n'avait été besoin d'orner la salle, à qui les peintures des plus illustres maîtres contemporains, enfants eux-mêmes du pays de Toulouse, font une décoration splendide. On y voit en effet réunies, et faites exprès pour elle, des œuvres de ceux qui s'appellent Falguière, J.-P. Laurens, Debat-Ponsan, Henri Martin, Gervais, Yarz, Rachou, Destrem. Les abords de la salle avaient seuls, par les soins de la municipalité, été merveilleusement garnis de plantes et de fleurs.

D'après le programme, les bustes de Pinel et d'Esquirol devaient être, à cette séance, solennellement installés dans la salle des Illustres. Malheureusement le buste de Pinel, commandé trop tard, n'était pas fini, et, à son défaut, cette partie de la cérémonie a dû être omise.

Sur une estrade dressée à l'un des bouts de la salle et que surmontait un buste d'Esquirol, le bureau a pris place. M Serres, maire de Toulouse, en qualité d'hôte des congressistes, présidait la

cérémonie. Il avait à sa droite MM. Landard, préfet de la Haute-Garonne; Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Marvaud, directeur du service de santé du 17e corps d'armée; Labéda, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; et à sa gauche MM. Ritti, président du Congrès; Parant, secrétaire général du Congrès; Marty, secrétaire général de la Haute-Garonne.

M. le Premier Président de la Cour d'appel, M. le Procureur général, M. le Procureur de la République, M. le Recteur de l'Université de Toulouse et divers autres, empêchés d'assister à la séance, avaient envoyé des lettres d'excuses.

Environ deux cents personnes honoraient la solennité de leur présence. M. le Dr Semelaigne (Paris), représentait la famille de Pinel; il y avait aussi des membres de la famille Esquirol; on voyait encore des professeurs de la Faculté de médecine, des membres des diverses Facultés de Toulouse, de nombreux médecins de la ville, les membres du Congrès, des délégués de la presse médicale et les représentants des journaux de Toulouse Des dames même, sans craindre la gravité de la réunion, étaient venues y apporter le charme de leur présence.

Parmi les notabilités présentes on remarquait : MM. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Régis (Bordeaux), Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Doutrebente (Blois), Arnaud, Briand, Paul Garnier, Deny, Charpentier, Brunet, Aug. Voisin, (Paris), A. Carrier (Lyon), Pétrucci (Angers), Rebatel (Lyon), Sabrazès, Lamacq, Lalanne (Bordeaux), Giraud (Rouen), Rayneau (Orléans), Rey (Aix), Cullerre (La Roche-sur-Yon), Pailhas (Albi), Poggi (Marseille); Rauh, professeur à la Faculté des lettres de Toulouse; P.-E. Privat, imprimeur-éditeur du Congrès; André, Mossé, Saint-Ange, professeurs à la Faculté de médecine de Toulouse; Bézy, Maurel, Guilhem, chargés de cours; Basset père, Graciette, Dubuisson, d'Auriol, Joulin, Delaye, Dupau, Em. Noguès, Gendre, Escat, Anglade, Destarac, Bauby, Parant fils (Toulouse), etc., etc.

M. le Maire a ouvert la séance et a souhaité, dans les termes suivants, la bienvenue aux membres du Congrès :

Messieurs,

Au nom de la ville de Toulouse, qui est fière de posséder aujourd'hui des professeurs éminents, des maîtres écoutés, j'ai l'honneur de vous souhaiter une cordiale bienvenue et de vous

offrir l'hospitalité dans notre Capitole, que nous avons voulu restaurer pour la glorification des sciences, des lettres et des arts, et où vous retrouverez désormais, parmi les illustres de la vieille cité, vos illustres devanciers Esquirol et Pinel.

Je dois vous remercier, Messieurs, d'avoir choisi Toulouse pour la tenue de ce Congrès ; notre jeune Faculté de médecine, déjà si florissante, notre Université, qui occupe une place si enviée parmi les Universités françaises, méritaient bien cette marque d'encouragement et ce haut témoignage de confiance.

Je n'ai plus, Messieurs, qu'à émettre un vœu, c'est que le Congrès qui va s'ouvrir soit comme une étape nouvelle dans la marche persévérante de la science pour le bien de l'humanité.

M. le Maire donne alors la parole à **M. Ritti**, qui consacre à la glorification de Pinel et d'Esquirol le discours suivant :

Monsieur le Maire,
Monsieur le Préfet,
Mesdames, Messieurs,

La loi religieuse de l'Islam impose à tous ses fidèles la stricte obligation de faire une fois au moins dans leur existence le pèlerinage de la Mecque, berceau de la religion, patrie du Prophète. S'inspirant de cette pratique pieuse, le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes a voulu commencer son deuxième septenaire en venant siéger au centre de ce Languedoc, un des plus exquis joyaux de notre belle France, qui compte parmi ses illustrations les deux fondateurs de la médecine mentale française de notre siècle.

Nous sommes ici dans la patrie de Pinel et d'Esquirol, et c'est pour moi la satisfaction la plus douce, ce sera l'honneur le plus grand de ma vie, d'avoir été choisi par mes pairs pour présider cette huitième session dans cette ville de Toulouse, qui a vu naître mon illustre prédécesseur à la maison de Charenton.

Ce choix, dicté par un sentiment de délicate attention dont je suis profondément touché et reconnaissant, m'impose une obligation à laquelle je me soumets avec d'autant plus de bonne

grâce qu'elle répond à un véritable besoin de ma nature, celui de rendre justice aux grands esprits, nos maîtres et nos guides dans la recherche de la vérité. Non pas que je veuille prononcer un panégyrique en règle de Pinel et d'Esquirol ; mais il me semble que placer nos travaux sous les auspices de ces noms qui dominent de si haut l'histoire de notre spécialité, ce serait pour eux une garantie de succès. Et de plus, n'est-ce pas le moyen le meilleur, le plus digne, de reconnaître l'hospitalité si brillante de la grande cité languedocienne, que de lui offrir notre tribut d'admiration, de respect, pour leurs éminents compatriotes, initiateurs tous deux dans le domaine du savoir comme dans celui de la bienfaisance ?

Qu'il se signale dans la pensée ou dans l'action, « un grand homme est, selon la belle formule de l'éminent philosophe, M. Pierre Laffitte, celui qui résout pour les successeurs un problème difficile préparé par les prédécesseurs. » Telle est bien la tâche que Pinel et Esquirol ont accomplie en médecine mentale.

S'ils n'ont pas résolu définitivement le problème, à la fois si redoutable et si complexe, de la folie — et le résoudra-t-on jamais ? — ils édifièrent du moins, à l'aide des documents légués par la tradition et de ceux puisés dans leur expérience personnelle, une admirable synthèse provisoire, qui a servi de guide à plusieurs générations d'aliénistes, dont nous sommes bien encore un peu les tributaires.

Sans doute, aujourd'hui que la science a marché, il est facile d'accuser leur nosographie d'insuffisance, d'étroitesse leur classification ; de démontrer que les quelques cadres où ils enferment les multiples formes d'aliénation mentale sont par trop compréhensifs et semblent en quelque sorte éclater sous l'accumulation des faits, réunis le plus souvent d'après de superficielles ressemblances.

Ça été l'œuvre des successeurs et même des disciples de Pinel et d'Esquirol d'extraire le trop plein de ces cadres, et par un travail de différenciation successive, de constituer des espèces et variétés nouvelles.

La découverte de la paralysie générale — un des plus grands événements de l'histoire médicale du siècle — fut le premier

pas dans cette voie de sécession ; elle permit de séparer un grand nombre de faits, englobés jusque-là dans le groupe « démence », ou même dans le groupe « monomanie ».

Un exemple non moins frappant de cette tendance séparatiste est la maladie que les auteurs ont appelée stupidité. Soit qu'avec Georget et d'autres cliniciens on considère cette affection comme une suspension momentanée de l'intelligence, soit qu'après Baillarger on ne voie dans les aliénés stupides qu'une variété de mélancoliques avec un délire intérieur très actif, — il n'en est pas moins établi que la stupidité ne saurait plus être confondue aujourd'hui avec l'idiotisme, ainsi que le faisait Pinel, ou considérée comme une démence aiguë, comme l'enseignait Esquirol.

Plus tard, le professeur Lasègue en créant le délire de persécution, Baillarger et Falret père en établissant la folie à double forme et la folie circulaire, contribuèrent à leur tour à alléger les cadres primitifs. Mais ceux-ci, loin d'être détruits par tout ce long travail d'émondage, ont repris, pour la plupart, une vitalité nouvelle.

Et de fait, il me semble que les types morbides, tels que l'idiotie, la démence, la mélancolie et, même, la manie, ces quatre éléments fondamentaux de la classification de Pinel, font encore bonne figure en pathologie mentale, surtout depuis qu'on en a tracé les contours avec plus de netteté, plus de précision.

Quant à la célèbre « monomanie » d'Esquirol, si elle n'a pas longtemps survécu à son auteur, ne soyons pas ingrats envers elle. Une conception scientifique ne doit pas seulement être jugée en elle-même, mais aussi par ses résultats ; et cette théorie de la monomanie, tant décriée, en soulevant des débats passionnés, en provoquant de nombreuses recherches, enfanta, plus que toute autre, des idées nouvelles, génératrices à leur tour de progrès nouveaux. En effet, ces grandes questions de la folie héréditaire, des obsessions et des idées fixes, des impulsions et des tendances instinctives, même des syndromes épisodiques de la dégénérescence, ne sont-elles pas en germe dans les cent pages du mémoire si suggestif du Maître ?

Ce serait donc rapetisser la renommée scientifique de Pinel et d'Esquirol que de lui assigner pour limite leur classification des maladies mentales, qu'ils considéraient eux-mêmes comme pro-

visoire. Observateurs d'une rare pénétration, le premier avec des tendances philosophiques, le second plus clinicien, ils ont enrichi la science d'acquisitions nombreuses et capitales, qu'ils portèrent du premier coup à un rare degré de perfection.

Est-il nécessaire de rappeler le remarquable mémoire de Pinel sur la manie périodique ou intermittente, qu'il considérait déjà comme une des aliénations les plus héréditaires? N'est-ce pas lui aussi qui, le premier, fit de la craniométrie chez les aliénés ? En étudiant les diverses dimensions de leur crâne, en établissant la fréquence des « défauts de symétrie », des « vices de conformation » de cette enveloppe osseuse dans l' « idiotisme originaire », il se trouve être le précurseur dans ces recherches sur les stigmates physiques de la dégénérescence qui ont illustré Morel et ses élèves.

Quant à Esquirol, qui n'admire l'incontestable originalité de ses travaux sur les hallucinations et les illusions, la merveilleuse sagacité clinique dont il fait preuve dans son mémoire sur l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices? Je n'oublie pas cette étude sur l'isolement des aliénés, d'une analyse si pénétrante, d'une logique très serrée, où la question est traitée d'une façon si magistrale, si complète qu'on n'y a presque rien ajouté depuis l'année 1832, où elle a été communiquée à l'Institut.

Mais avec cette puissance créatrice qui se manifestait en des sujets si divers, avec cette acuité d'observation qui leur permettait de fouiller les faits jusque dans leurs moindres détails, ces deux grands esprits possédaient le talent rare de reproduire exactement et fidèlement tout ce qu'ils avaient vu. Il y avait en eux de l'artiste, du peintre : leurs descriptions de maladies mentales ressemblent à ces grandes compositions où tout est sacrifié à l'ensemble; leurs observations de malades sont, toutes, des tableaux de genre d'un scrupuleux réalisme. Aussi la majorité des faits, dont leurs écrits sont parsemés, ont-ils encore de l'actualité; vus il y a plus de soixante ans, ils sont pour ainsi dire d'aujourd'hui et ne dépareraient certes pas le plus moderne des traités de médecine mentale.

Qu'on relise, pour s'en convaincre, ces observations si complètes, si suggestives, de folie à double forme, de délire de persécution avec idées de grandeur, de folie du doute avec dé-

lire du toucher, même d'inversion sexuelle, dont Pinel et Esquirol ont illustré leurs livres et qui en constituent la partie la plus vivante, la plus durable.

S'ils n'ont pas su les interpréter comme nous, s'ils n'en ont pas tiré les conséquences que nous en tirons, c'est qu'il manquait à la chaîne qui unit leurs théories aux nôtres toute une série d'anneaux intermédiaires que le temps et l'expérience ont seuls pu forger. Tant il est vrai que le progrès de la science n'est pas le fait d'une génération spontanée, mais d'une lente évolution.

Ce qui n'empêche que ces grands esprits nous ont laissé nombre de vues géniales, véritables éclairs projetés sur l'avenir, qui, sous la forme aphoristique où elles sont exprimées, pourraient servir d'épigraphes à bien des travaux récents. Je n'en donnerai pour preuve que la phrase suivante de Pinel, qui précède immédiatement l'observation résumée d'un persécuté devenu mégalomane « la huitième année de sa réclusion. » Certains aliénés, écrit-il, « éprouvent, après plusieurs années, une « sorte de révolution intérieure par des causes inconnues, et « leur délire change d'objet ou prend une forme nouvelle. »

Tous ces germes d'idées, ainsi jetés à pleines mains dans les écrits et dans l'enseignement des deux illustres penseurs, furent recueillis avec soin, fécondés et développés par leurs élèves. Enthousiastes du bien comme du vrai, Pinel et Esquirol surent communiquer leur enthousiasme; ils firent école, et l'on vit se grouper autour d'eux toute une phalange de disciples qui devaient porter très loin et très haut les idées et la méthode qui leur étaient enseignées. On voyait là Falret, le créateur du patronage des aliénés, qui unissait un esprit synthétique très élevé à des connaissances cliniques d'une rare étendue; Félix Voisin, dont les conceptions parfois chimériques étaient inspirées par un ardent amour de l'humanité; Ferrus, qui mit ses grandes qualités d'organisateur au service de la plus noble des causes, celle de l'infortune; Ulysse Trélat, que la politique enleva trop souvent à la science, mais qui trouva dans la médecine mentale ses plus beaux titres à la renommée; Foville et Calmeil, dont les remarquables découvertes sur l'anatomie normale et pathologique du système nerveux ont ouvert la voie à notre brillante école de neurologie; Baillarger, dont le sens cli-

nique d'une exceptionnelle acuité a enrichi notre spécialité d'une multitude de vérités scientifiques et qui, inspiré par un sentiment très vif de la solidarité confraternelle, fonda deux institutions utiles et durables : la Société médico-psychologique et l'Association mutuelle des médecins aliénistes; Moreau (de Tours), à la fois médecin et philosophe, bien connu par ses recherches et ses déductions pleines d'originalité sur l'hérédité nerveuse et la psychologie morbide, dont les travaux sur les relations qui peuvent exister entre le génie et la folie ont été bien des fois imités, mais jamais surpassés..... J'en passe, et non des moindres par le savoir et par le talent. Cependant, puis-je sans injustice passer sous silence cette belle cohorte de pionniers, travailleurs modestes, persévérants, qui, sur la recommandation de leurs maîtres, furent envoyés par les pouvoirs publics dans les diverses parties de la France pour y créer des asiles d'aliénés, pour appliquer ce traitement médical de la folie qui donnait de si merveilleux résultats entre les mains de ceux qui l'avaient institué?

C'est ce traitement, vaguement pressenti, mais à peine indiqué par leurs prédécesseurs, qui constitue le plus grand titre de gloire de Pinel et d'Esquirol. Avant eux, l'aliéné était considéré comme une sorte d'être intermédiaire entre le criminel et la bête fauve; ils eurent l'honneur de l'élever à la dignité de malade.

Sans doute, la Révolution, avec ses ardeurs généreuses d'universelle rénovation, avança l'heure de cette noble réforme; mais le terrain avait été préparé, et par l'immortel mémoire de Tenon sur les hôpitaux de Paris, et par le célèbre rapport du duc de La Rochefoucauld-Liancourt à l'Assemblée constituante, et par les savants rapports de Cabanis à la Commission des hôpitaux; et lorsque la question fut mûre, un homme se trouva qui la fit passer de la théorie à la pratique. Cet homme fut Pinel.

Le timide enfant de Saint-André-d'Alayrac, le studieux étudiant de l'Université de Toulouse, habitait Paris depuis près de quinze ans, fréquentant les hommes les plus distingués de son temps, dans les lettres, les sciences et la philosophie. Il fut mis en relation avec Cabanis, d'une douzaine d'années plus jeune que lui. C'étaient deux âmes sœurs, brûlant d'une égale ardeur pour la science et l'humanité.

L'affectueux et bienveillant Cabanis, — l' « angélique Cabanis », comme l'appelait le grand poète Manzoni, — introduisit Pinel dans la Société d'Auteuil. C'est là, sous les ombrages du parc et dans le salon de la maison hospitalière de Mme Helvétius, que les deux amis discutèrent longuement ces questions si difficiles, si complexes des « secours publics », comme on disait à l'époque, pour en chercher les solutions les meilleures, celles qui sont le mieux en rapport avec la nature des choses et la dignité de l'homme.

Aussi, lorsque, par le mouvement des affaires, Cabanis se trouva porté à la tête des hôpitaux, avec Cousin et Thouret, il n'eut garde d'oublier les idées généreuses échangées dans ce « commerce familier de la pensée. » Pour faire aboutir ces réformes, caressées avec amour, étudiées avec passion, il fit appel au dévouement de ses amis, à leur sentiment si élevé du devoir social. Sur ses instances, Pinel accepta d'être nommé médecin de l'hospice de Bicêtre ; il entra en fonctions le 11 septembre 1793. Date mémorable, non pas seulement de l'histoire de l'assistance publique, mais aussi de l'histoire de l'humanité !

Aidé du surveillant Pussin, son intelligent et dévoué acolyte, il fit tomber les chaînes des aliénés; puis, les arrachant des réduits infects où ils croupissaient, il les rendit à l'air et à la lumière dont ils étaient depuis si longtemps privés.

A la barbarie et à la brutalité, il fit succéder la douceur et la bienveillance. Fait merveilleux ! chez la plupart de ces infortunés on vit la fureur et la violence faire place au calme et à la tranquillité. N'était-ce pas la réponse la meilleure, la plus victorieuse, aux appréhensions de ceux, — et ils étaient légion, — qui taxaient la tentative de témérité?

Avec une fermeté d'âme inébranlable, avec ce doux entêtement de l'homme de bien que rien ne rebute, Pinel parvint à surmonter toutes les difficultés, à vaincre toutes les résistances. La réforme qu'il avait inaugurée à Bicêtre, il l'introduisit à la Salpêtrière, et les heureux résultats furent les mêmes.

Il restait un progrès à réaliser, qui ne s'obtint pas sans lutte, d'autant plus qu'il s'agissait d'une de ces coutumes séculaires qui finissent par avoir force de loi.

Lorsque, dans Paris, un individu était pris d'un accès de folie

aiguë, on le dirigeait d'abord sur l'Hôtel-Dieu, où il était soumis, quelle que fût la forme de son délire, à des saignées répétées avec force bains et douches; parfois on lui administrait quelques grains d'ellébore ou quelque antispasmodique. Après un ou deux mois d'un tel traitement, le malade tombait dans le plus complet état de stupeur, avec anéantissement des fonctions physiques et morales. On l'évacuait alors à la Salpêtrière ou à Bicêtre, — suivant son sexe, — et il y subissait le sort commun.

Pinel s'éleva vivement contre une thérapeutique aussi peu scientifique; il critiqua surtout la phlébotomie obligatoire dans la folie, et, indiquant le remède à côté du mal, réclama la suppression du traitement préalable de l'Hôtel-Dieu et le transport immédiat des malades dans les hospices d'aliénés, pour y recevoir des soins plus humains, plus conformes à la nature de leur affection. Il n'eut ni paix ni trêve jusqu'au jour où les pouvoirs publics, lui donnant gain de cause, adoptèrent une organisation nouvelle.

Ce traitement moral de la folie, dont il fut l'initiateur, l'apôtre convaincu et écouté, Pinel en traça les règles précises dans son célèbre *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*. On ne relit pas sans une poignante émotion ces chapitres où il indique les préceptes à suivre et les écueils à éviter, ceux surtout où, après avoir raconté avec une éloquente simplicité les réformes qui lui sont dues, il nous fait entrevoir celles qu'il espère du temps et du progrès des connaissances. Sur ces pages admirables, tout empreintes du sentiment humanitaire de la philosophie du grand dix-huitième siècle, sont vraiment inscrits les droits de l'aliéné à la sympathie universelle, et aussi les devoirs du médecin envers ce malheureux blessé de l'intelligence.

« Si Pinel, dans son immortel ouvrage, a le premier révélé « les traitements barbares que subissaient les aliénés dans les « hospices de la capitale, s'il a brisé les fers qui torturaient « leurs membres, Esquirol a la gloire d'avoir fécondé l'œuvre du « génie et de la bienfaisance. » Ces paroles de Falret père, écrites il y a plus d'un demi-siècle, ont été ratifiées par la postérité, ce « juge sans reproche. » Cette heureuse continuité dans une grande œuvre philanthropique unit intimement et à jamais dans

la mémoire des hommes le maître et le disciple, à tel point que le nom de l'un évoque aussitôt dans notre esprit le nom de l'autre.

Le fils du capitoul de Toulouse, de l'officier municipal qui, dans les heures douloureuses de la Révolution, préserva ses concitoyens de la famine, — Esquirol, — hérita de son père cette ardeur pour le bien, cet amour des malheureux qui fut la plus grande passion de sa vie.

Il trouva sa vraie vocation le jour où, jeune encore, il fut attiré par le besoin de s'instruire, dans le service de Pinel, à la Salpêtrière. Dès qu'il fut entré dans l'intimité du maître, son cœur battit à l'unisson du sien, et il résolut de dévouer comme lui son existence à la réforme du traitement et de l'assistance des aliénés.

Pendant quarante ans, on le vit n'épargner ni ses efforts ni sa peine, mettre au service de la plus noble des causes son dévouement enthousiaste, cette chaleur communicative dont il avait le secret.

Inspecteur sans titre, sans mission officielle, il parcourut toute la France, allant de ville en ville visiter les établissements qui recevaient les insensés. Son cœur sensible saigna douloureusement au spectacle des faits lamentables qu'il eut à constater, qu'il résuma ensuite en quelques lignes d'une si navrante éloquence.

« Ces infortunés, qui éprouvent la plus redoutable des misè-
« res, je les ai vus, s'écrie-t-il, nus, couverts de haillons, n'ayant
« que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé
« sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nour-
« ris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur
« soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus
« livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale
« surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales,
« infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres
« où l'on craindrait de renfermer des bêtes féroces que le
« luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les
« capitales. »

Voilà ce qu'on voyait presque partout en France et à l'étranger, en 1817, vingt ans après la grande réforme introduite par Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière; tels sont les maux que dépeint

Esquirol avec une sobriété émouvante et une éloquente simplicité, dont il indique les remèdes avec une admirable précision, dans le célèbre mémoire qu'il présenta au Ministre de l'Intérieur en septembre 1818.

Ces pages courageuses, où éclate à chaque ligne l'indignation de l'homme de bien, furent comme un cri d'alarme. Il fut entendu. A la voix du grand aliéniste, l'inhumaine routine fut mise en complète déroute ; les administrations publiques et les corps élus, pris d'une noble émulation, rivalisèrent de zèle pour soulager la plus lamentable des infortunes et lui offrir des asiles. En moins d'un demi-siècle, la transformation était complète. A la place de ces réduits infects, si énergiquement stigmatisés par Esquirol et Pinel, on voit s'élever maintenant sur tous les points de la France des établissements, dont la plupart sont des modèles au point de vue de l'hygiène et de l'art architectural ; les malades, mieux nourris et bien vêtus, jouissent d'une certaine liberté, les uns travaillant aux champs, les autres s'exerçant à des métiers divers ; partout, enfin, les moyens de douceur ont remplacé les mesures violentes et brutales.

Il est juste de rendre hommage à cet élan généreux qui honore la nature humaine. Une époque ne s'élève-t-elle pas en dignité et en moralité, qui, osant secouer de vieux préjugés, substitue la pitié à la terreur, et accomplit une œuvre de bienfaisance dont n'avaient nul souci les siècles antérieurs, pourtant réputés pour leur charité?

Cet admirable mouvement philanthropique dont il fut le promoteur, Esquirol en resta toute sa vie l'âme directrice. Aussi, peu d'années avant sa mort, jetant un regard en arrière, il pouvait dire avec raison : « J'ai assisté aux premières améliorations « apportées au régime et au traitement des aliénés ; j'ai suivi « depuis quarante ans les progrès de ces améliorations aux- « quelles je n'ai point été tout à fait étranger. Je les ai secon- « dées de tous mes efforts par mes publications, par mon ensei- « gnement et par mes voyages. Consulté par le gouvernement, « les préfets, les administrations locales, les architectes, je me « suis empressé de livrer les résultats de mes observations, de « mes essais et de ma longue pratique ; j'ai vu mes principes et « mes conseils accueillis et appliqués dans plusieurs établisse- « ments consacrés aux aliénés. »

Et cette haute autorité spirituelle qu'il s'était acquise par son caractère et ses talents, dont il faisait un si noble usage, Esquirol s'attachait à la perpétuer après lui, en s'entourant de nombreux disciples qu'il pénétrait de ses idées et animait de son ardeur pour le bien. Il avait le souci de la continuité de son œuvre, et chargeait volontiers sa vie, selon le mot du fabuliste, des soins d'un avenir qui n'était pas fait pour lui. Et si, comme nous n'en doutons pas, il entrevoyait toutes les conséquences sociales et morales de son labeur, il pouvait, avec une légitime fierté et à plus juste titre que le vieillard de La Fontaine, se répéter :

Cela même est un fruit que je goûte aujourd'hui.

L'année 1838 réservait à l'illustre maître une de ses dernières, de ses plus grandes joies : la loi sur les aliénés qu'il appelait de tous ses vœux, à laquelle il avait activement collaboré, ainsi que deux de ses élèves les plus distingués, Ferrus et Falret, fut votée définitivement et promulguée. Tout ce qui avait été fait jusque-là sous son influence obtenait ainsi une sanction légale. Quant aux progrès en germe dans la législation nouvelle, ils ne tardèrent pas, grâce aux efforts communs, à recevoir leur plein et entier développement. Cette loi protectrice, qu'on a justement appelée la charte de l'aliéné, est une des plus belles conquêtes de la raison et de la bienfaisance; elle constitue un des titres — et non le moins important — de ce code de l'assistance publique, monument grandiose élevé par notre siècle à ce grand principe de la solidarité humaine.

Depuis près de cent ans qu'est appliquée la réforme de Pinel et d'Esquirol, elle n'a pas manqué de détracteurs; mais que peuvent les critiques, même les plus acérées, contre l'œuvre du génie, fondée sur la science, ratifiée par le temps? Certes, toute création de l'homme est perfectible, et personne plus que moi n'est convaincu que l'accroissement de notre savoir en médecine mentale peut amener à sa suite d'utiles modifications dans notre mode actuel d'assistance des aliénés. Mais est-ce là une raison suffisante pour détruire ce qui existe et y substituer je ne sais quels rêves chimériques d'écrivains, plus hommes de cabinet que de grand sens pratique? En une matière aussi déli-

cate et aussi complexe, où la sécurité publique est souvent en cause, on ne saurait considérer comme un progrès toute innovation, justifiée ou non, pourvu qu'elle aille à l'encontre de ce qu'ont fait nos prédécesseurs.

Le véritable progrès — celui qui tient compte des conditions d'existence des phénomènes sociaux pour mieux les modifier — le véritable progrès, disons-nous, ne cherche pas à renverser une organisation séculaire, mais à l'améliorer, en se tenant aussi éloigné de la routine aveugle que de la décevante utopie. C'est à l'étude de ces améliorations dans le traitement et l'assistance des aliénés que sont en grande partie consacrées ces réunions annuelles; et les nombreux volumes de vos comptes rendus prouvent, Messieurs, que, sans sacrifier à la chimère, vous savez trouver aux problèmes qui s'imposent à nos méditations des solutions conformes à la nature des choses et à l'intérêt des malades.

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les « servir. » Cette belle maxime d'Esquirol est aussi la nôtre. Mais cet amour ne doit pas être comme l'autre, — celui qui porte un bandeau sur les yeux; — il doit être très clairvoyant, sans cesse éclairé par le flambeau de la clinique. Notre bienveillance à l'égard des infortunés confiés à notre sollicitude doit être incessante et inaltérable; que de fois cependant le médecin aliéniste est obligé de s'armer de sa bonté contre sa bonté même, selon le mot du grand Turgot à Louis XVI!

Il importe donc, dans nos rapports avec les malades, d'unir à la douceur une sage fermeté : le succès du traitement moral de la folie est à ce prix; c'est aussi par ce seul moyen qu'on arrive à maintenir l'ordre et la discipline, indispensables dans tout asile, que ses portes soient ouvertes ou fermées.

La postérité pour laquelle ils ont tant travaillé n'a pas oublié les deux grands réformateurs. Les noms de Pinel et d'Esquirol restent profondément gravés dans la mémoire des hommes; leurs œuvres sont inscrites dans l'histoire de la science et, aussi, dans les annales de l'assistance publique. La patrie reconnaissante leur a consacré des monuments commémoratifs, à Paris, dans ces hospices même où ils conçurent leurs remarquables travaux, au milieu des malades qu'ils ont tant aimés, dont

l'amélioration a été l'objet de leurs constants efforts : la statue de Pinel s'élève sur la place de la Salpêtrière, celle d'Esquirol dans la cour d'honneur de la Maison nationale de Charenton.

Cette glorification par le bronze est une preuve éclatante de l'existence de ce besoin instinctif qu'éprouvent les générations présentes de se solidariser avec celles du passé dans leurs membres les plus éminents. De tels honheurs permettent aux vivants d'acquitter leur dette envers ces « hommes bienfaiteurs de l'espèce humaine », selon l'énergique expression de Diderot, au génie desquels nous sommes redevables de notre lente mais progressive ascension en savoir et en moralité.

Obéissant à ces idées élevées, la municipalité de Toulouse a depuis longtemps institué, en ce Capitole, cette salle des Illustres, véritable Panthéon des gloires languedociennes. Par une de ces délicates attentions qui vont droit au cœur, elle a voulu faire coïncider avec notre première séance l'entrée solennelle de Pinel et d'Esquirol, ces demi-dieux, dans ce moderne Olympe.

Au nom de mes collègues du Congrès, au nom de la Société médico-psychologique de Paris, dont je suis heureux et fier d'être ici l'interprète autorisé, au nom de tous les aliénistes de France, j'adresse à la ville de Toulouse nos profonds sentiments de gratitude, et je m'incline respectueusement devant ces images de nos maîtres vénérés, hommage de la piété reconnaissante et de la sincère admiration de leurs compatriotes.

Après cette excursion dans le passé avec retours sur le présent, il me reste, Messieurs, une tâche agréable à remplir, celle d'adresser nos chaleureux remerciements aux personnes qui nous ont si gracieusement donné leur aide morale et matérielle. Je voudrais les nommer toutes, mais elles sont vraiment trop nombreuses. Vous m'en voudriez cependant de ne pas mentionner spécialement : M. le Ministre de l'Intérieur, qui a bien voulu marquer l'intérêt porté par lui à nos travaux en déléguant à nos séances M. l'inspecteur général Drouineau, dont la compétence en matière d'assistance publique est universellement connue ; M. Henri Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, dont les précieux encouragements n'ont jamais manqué à notre institution depuis son origine ; M. le Maire de

Toulouse, qui, avec une parfaite cordialité et une bonne grâce charmante, nous a offert l'hospitalité dans ce Capitole et s'est mis à notre entière disposition ; M. le Préfet de la Haute-Garonne, dont l'accueil courtois et flatteur, ainsi que les paroles si aimables à l'adresse du corps médical, nous ont profondément touchés ; le Conseil général et le Conseil municipal, qui, s'inspirant de la « raison pratique », ont très bien compris que l'argent, s'il est le nerf de la guerre, est une nécessité des congrès, et nous ont voté de riches subventions, permettant à notre très dévoué secrétaire général et trésorier d'équilibrer son budget ; M. le Dr Labéda, le savant et distingué doyen de la Faculté de médecine, qui semble avoir voulu prendre notre Congrès sous sa protection en lui ouvrant toutes grandes les portes de la Faculté.

En véritables enfants gâtés du succès, toutes ces marques de sympathie, pour sensibles et agréables qu'elles soient, ne n us étonnent presque plus. Depuis huit ans que nous parcourons toute la France, plantant notre tente éphémère au nord ou au midi, à l'est ou à l'ouest, la réception est partout chaude et cordiale. Mais n'en tirons pas trop de vanité : ces honneurs s'adressent bien un peu à nous, beaucoup, au contraire, à l'œuvre que nous représentons.

C'est que les esprits cultivés sont de plus en plus nombreux, qui comprennent le but élevé de nos études et saisissent les relations qu'elles ont avec la science de l'homme, ce couronnement de tout l'édifice scientifique. Ils ont vu que la psychologie, échappée enfin à la tutelle métaphysique, a dû ses récents progrès à l'application des méthodes usitées en biologie, surtout en utilisant les documents si riches, si variés, fournis par la pathologie mentale et nerveuse. Ils ont assisté avec curiosité à l'éclosion d'une science nouvelle qui a pris, en peu d'années, un accroissement considérable ; mais, en scrutant avec soin les origines premières de cette anthropologie criminelle qui passionne tant aujourd'hui magistrats et médecins, ils ont constaté qu'elle n'était qu'une fille émancipée de la psychiatrie et de la neuropathologie, et que ses véritables ancêtres sont des savants d'un rare mérite, tels que Gall, Ferrus, Morel, d'autres encore, tous honneur de notre spécialité.

Le public, qui suit avec tant d'intérêt les discussions sur

l'hygiène générale, ne peut manquer de se préoccuper aussi de problèmes tels que l'alcoolisme, le goitre et le crétinisme, l'hérédité et la prophylaxie des maladies mentales et nerveuses. Ne sont-ce pas là, en effet, des questions sociales pressantes qui s'imposent à la sollicitude de tous, de la solution desquelles dépend l'avenir de la patrie, celui même de notre race ? En les creusant de plus en plus, avec toute la précision scientifique dont nous sommes capables, en nous appliquant à discerner, dans ces maux dont souffre notre société, ce qu'il y a de fatal et ce qu'il y a de guérissable, en nous efforçant de trouver les remèdes à leur appliquer, nous nous montrerons vraiment dignes des sympathies qui nous entourent, nous ferons œuvre utile et demeurerons fidèles à la grande et noble devise de la civilisation moderne : Progrès par la Science, pour l'Humanité.

M. Labéda, qui avait accepté la mission de parler de Pinel, considéré comme nosographe, donne lecture du discours suivant :

Messieurs,

J'étais loin de m'attendre à l'honneur de prendre la parole dans cette cérémonie qui honore à la fois Toulouse et le Congrès par la glorification d'**Esquirol,** Toulousain, qui, le premier, donna des lois à l'étude méthodique de l'aliénation, et de **Pinel**, né à Saint-Paul, près Lavaur, à dix lieues d'ici, de Pinel qui ouvrit les cabanons et conquit pour les pauvres fous le droit à la dignité de malades.

Mais Pinel fut aussi un nosographe éminent, et il a rendu en son temps, à la pathologie générale, des services qui ne doivent pas être oubliés ici. Tel a été du moins le sentiment de plusieurs membres, les plus autorisés du Congrès, et j'en ai reçu *à la dernière heure*, l'invitation d'associer la Faculté de médecine de Toulouse aux hommages adressés à Pinel.

Plein de déférence pour le désir du plus éminent de nos hôtes, mais fort mal préparé professionnellement, et pressé par le temps, je vous apporte ici une esquisse à peine équilibrée du haut et vaste sujet qui m'a été proposé si fortuitement. Puisse ma bonne volonté au service de ma cité natale et du Congrès, vous donner, Messieurs, l'indulgence nécessaire pour en écouter le sommaire développement.

Le 27 octobre 1826, la Faculté de médecine de Paris allait rester muette devant la tombe de Pinel, un de ses plus glorieux professeurs, récemment, il est vrai, frappé de disgrâce, lorsque Cruveilhier, élève et ami de l'illustre défunt et déjà illustre lui-même, vint, fendant la foule. célébrer son ancien maître et rappeler quels titres le rattachaient à la savante Compagnie, quels titres le recommandaient aux hommages reconnaissants de la postérité.

Écho, après trois quarts de siècle, de cette voix du bon et savant Cruveilhier, la Faculté de médecine de Toulouse, récemment restaurée, désire aussi apporter son tribut d'éloge et d'admiration à la mémoire de Pinel, d'autant que ce grand maître avait commencé par s'asseoir sur les bancs de l'ancienne Faculté dont nous nous honorons d'être les continuateurs.

Philippe Pinel naquit le 11 avril 1745. Une sérieuse initiation à la physique et à l'histoire naturelle le prépare aux études médicales, et quelques années passées aux écoles de la Faculté et aux hôpitaux de Toulouse lui permettent d'acquérir le grade de docteur.

Alors Montpellier attire le jeune Pinel qui reçoit aussi le bonnet de cette Faculté. Il ne s'en tient pas là. Toujours plus ardent, il arrive à Paris, enivré du besoin de s'instruire. Fort, comme tous ceux que l'amour de la vérité emporte, il fait un stage viril d'étude et de pauvreté dans cette grande ville de science, dans le commerce des Chaptal, Berthollet, Fourcroy, Cabanis. Tandis qu'il recourt pour vivre au produit de leçons de mathématiques, il passe une partie de ses journées à approfondir quelques problèmes d'histoire naturelle ou de mathématiques.

Ses premiers travaux datent de 1785. A cette époque, il donne une traduction d'un des livres de Cullen (*First lines of Practice*, etc.), puis une traduction des œuvres de Baglivi, enrichie de notes

Environ six ans plus tard, il est placé à la tête de la division des aliénés de Bicêtre. En 1792, il devient le médecin en chef de la vaste maison de la Salpêtrière aux appointements de 2,400 livres. Doué de la plus grande patience, Pinel s'entoure d'élèves, prend et dicte des observations, et parmi eux distingue son compatriote Esquirol.

C'est à la Salpêtrière, dans cet asile immense des misères de

la civilisation, que Pinel recueillit les vastes matériaux avec lesquels il édifia ce monument des sciences médicales qui a nom : *la Nosographie philosophique ou la Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Cet ouvrage est le reflet de l'application à la médecine des sciences d'observation pure. Pinel fait descendre la médecine des hauteurs où l'avaient placée les études spéculatives des animistes, contemplateurs plus de théories que de malades.

Au moment où Pinel vint éclairer de sa nosographie méthodique le chaos de la pathologie, Sauvage était l'auteur informe mais classique des écoles de médecine. Nourri des études philosophiques de Descartes, de Bacon, de Condillac, Pinel transporta dans le domaine des sciences médicales les méthodes qui avaient servi à faire progresser si avant les sciences naturelles.

La *Nosographie médicale* eut un grand succès, un succès qui dura vingt ans. Mais l'apparition de Broussais et le grand âge de Pinel, qui ne put défendre sa doctrine, jetèrent dans l'ombre les descriptions cliniques renfermées dans la *Nosographie*, descriptions magnifiques dans leur sobriété et leur vérité.

La critique du système de Pinel est aujourd'hui facile; aussi, pour se rendre compte de la valeur de cet ouvrage et de la faveur dont il jouit auprès des contemporains, faut-il se reporter à l'époque et rechercher l'habileté et la solidité du procédé employé par l'auteur pour édifier son œuvre.

Rien de plus intéressant et de plus instructif que la lecture du dernier chapitre de la *Nosographie médicale*, intitulé : « Principes généraux sur la manière d'étudier et d'observer la médecine. »

L'auteur se découvre et nous donne un aperçu de sa vie studieuse, de la direction de ses efforts; l'observation, aidée du jugement, forme, d'après lui, la clef de voûte de toutes les sciences médicales. « Analyser, dit-il après Condillac, n'est autre chose qu'observer dans un ordre successif les qualités d'un objet, afin de leur donner dans l'esprit l'ordre simultané dans lequel elles existent .. Or, quel est cet ordre, la nature l'indique elle-même... Il y a des objets qui appellent plus particulièrement les regards ; ils sont plus frappants, ils dominent, et tous les autres semblent se disposer autour d'eux et par eux. » Ces principes, empruntés surtout à Condillac, sont appliqués par

Pinel avec un soin scrupuleux, et comme ce sont les idées sensibles qui préparent l'intelligence des notions abstraites, il est tout naturel que les symptômes sensibles principaux servent de base à la description des maladies. Les autres symptômes, venant se grouper autour des premiers, déterminent l'espèce, la variété; ainsi s'établit une classification tout artificielle, aussi bonne que le permettent nos connaissances, ajoute modestement l'auteur.

Cette classification, édifiée sur un terrain mouvant, ne tarda pas à s'ébranler et fut emportée aux premiers souffles de l'anatomie pathologique. Condillac avait étudié une statue à laquelle successivement il avait donné les sens. Pinel avait octroyé à cette statue les perturbations pathologiques extérieures; il n'alla pas au delà; il aurait dû briser la statue et constater les troubles matériels engendrés par la maladie. Cruveilhier ne s'était pas encore révélé. Broussais, avec son organicisme, détruisit la conception médicale de Pinel, élégante, mais artificielle.

Dans cette conception, Pinel avait jeté une idée lumineuse : chaque tissu avait ses réactions spéciales; d'où la nécessité de décrire à part chaque tissu. Dix ans après, Bichat devait faire fructifier ce germe et donner son anatomie générale.

Il est un fait qui frappe dans la lecture de Pinel, c'est son style spécial, aphoristique; la phrase est nette, sèche; mais les traits du tableau sont si justes, si expressifs que la description se détache en relief, bien au jour. Ce style, qui fait naître la réflexion, trahit le culte de Pinel pour les auteurs anciens, Hippocrate, Celse, ses modèles.

Les livres de Pinel, qui embrassent à la fois des points de médecine générale, de médecine mentale, objets particuliers de sa gloire, renferment aussi des mémoires de chirurgie, tels que l'application des mathématiques au mécanisme des luxations, le mécanisme de la luxation de l'humérus et celui des deux os de l'avant-bras.

Ces livres, en particulier la *Nosographie médicale*, firent de lui le chef de l'Ecole de la Salpêtrière, en face de l'Ecole de la Charité et de son chef Corvisart.

Pinel combattit avec sa plume, modeste autant que savante. « Pinel, a dit M. Pariset dans un éloge d'Esquirol, devait plus au travail; Corvisart, favorisé de la nature, devait tout à un instinct naturel, qui sait, en quelque sorte, sans avoir appris, selon un

mot d'Hippocrate, ou qui, par la justesse et la rapidité de la conception, semble se ressouvenir, selon la parole de Platon. » (Pariset, *Eloge de J. Esquirol*, 1844.)

La lutte entre les deux Ecoles ne fut jamais acerbe. Ces deux illustres médecins, Pinel et Corvisart, arrivés aux plus hauts sommets, avaient la dignité naturelle; tous deux, après avoir acquis les honneurs, se virent dépouillés et ne murmurèrent pas.

Pinel, nommé à Paris professeur de physique médicale lors de la création républicaine des trois écoles de santé à Strasbourg, à Paris et à Montpellier, n'avait pas tardé à occuper la chaire de pathologie interne, où ses travaux l'appelaient assurément. Mais en 1822, sous l'influence d'une réaction brutale, la Faculté de Paris fut dissoute. Elle fut, il est vrai, restaurée quelques mois plus tard, mais Pinel fut impitoyablement laissé de côté.

Comme on peut le voir, d'après la rapide esquisse qui précède, la valeur de Pinel comme nosographe est indiscutable. Pourtant, il faut bien le dire, le savant, le médecin n'atteignirent pas chez lui à la célébrité du philanthrope. Mais ce dernier côté si intéressant et si important de la figure de notre compatriote vient d'être mis en lumière avec bonheur par le savant président de ce huitième Congrès, et je ne saurais rien ajouter aux paroles de l'honorable M. Ritti.

Je me bornerai à une dernière réflexion : c'est avec raison que la philanthropie de Pinel a le plus contribué, aux yeux des foules, à sa gloire et à sa renommée; car les hommes passent, la science marche d'une poussée formidable, plongeant dans l'oubli les efforts du passé; mais la bonté, la miséricorde, la pitié aux malheureux, noble et touchante parure de l'austère vérité, méritent de subsister, et, en effet, subsistent éternellement.

Après ces discours, fort goûtés et chaleureusement applaudis, la séance est levée. Mais les assistants, au lieu de se retirer, s'attardent complaisamment à admirer les peintures et la décoration de la salle. L'heure était très avancée lorsque les derniers d'entre eux se sont décidés à partir. De l'aveu unanime, aucune séance d'ouverture des Congrès de médecine mentale n'avait eu jusqu'ici un cadre aussi remarquable, aussi imposant et aussi beau.

SEANCE DU LUNDI 2 AOUT (SOIR)

Présidence de M. le Dr RITTI, président.

La séance est ouverte à deux heures.

Elle se tient, comme le feront les suivantes, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, que M. le Doyen de la Faculté s'est empressé de mettre à la disposition du Congrès. Lui-même, la veille, il avait tenu à diriger l'organisation de la salle des séances et des annexes; il avait fait établir des tables spéciales pour les représentants de la presse, il y avait disposé une salle de correspondance, et avait mis à la disposition du Congrès plusieurs employés de la Faculté. Les abords de la Faculté et de la salle des séances étaient ornés de drapeaux, de tentures et de fleurs fournies par la municipalité de Toulouse.

Installation du bureau.

M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, président du Congrès de 1896 à Nancy, remercie tout d'abord les membres du bureau de ce Congrès et invite **M. Ritti** à prendre place au fauteuil présidentiel, ajoutant qu'il se félicite de se voir remplacé par un homme aussi distingué, dont les travaux en matière d'aliénation mentale sont hautement appréciés.

M. Ritti prend la présidence et s'exprime en ces termes :

« Je déclare ouverte la huitième session du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Avant de procéder à la constitution du bureau, j'ai un double devoir à remplir ; vous adresser d'abord mes meilleurs sentiments de reconnaissance pour l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux de cette année, puis vous demander de voter des remerciements chaleureux à M. le professeur Pitres, président sortant, ainsi qu'à tout le bureau et aux rapporteurs du Congrès de Nancy. »

Cette proposition est adoptée par acclamation.

Il est ensuite procédé à l'élection des membres et à la constitution du bureau (*voir aux préliminaires*).

Après l'élection, les membres nommés prennent place au bureau et avec eux **M. le Dr Labéda,** doyen de la Faculté de médecine, et **M. le Dr Drouineau,** inspecteur général. Celui-ci a témoigné d'une manière expresse l'intérêt qu'il prenait au Congrès en assistant ensuite à toutes ses séances.

M. Parant, secrétaire général, au nom de **M. Vernet,** empêché de venir, donne lecture de l'état financier du Congrès de Nancy (*voir aux préliminaires*).

Il présente ensuite les excuses de plusieurs membres qui ont été empêchés de venir assister au Congrès, et donne communication des lettres suivantes dont la lecture a été écoutée avec une grande faveur par l'auditoire.

Lettre de **M. Monod**. *directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au Ministère de l'Intérieur, à* **M. Ritti.**

MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR.

Paris, 21 juillet 1897.

Monsieur le Docteur,

J'ai le regret de ne pouvoir assister, comme vous avez bien voulu me le demander, au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes qui doit avoir lieu à Toulouse du 2 au 8 août prochain.

Désireux toutefois de vous témoigner l'intérêt que je porte à cette institution, j'ai l'honneur de vous faire connaître que, sur ma proposition, M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu déléguer M. le Dr **Drouineau,** inspecteur général des services administratifs, pour représenter l'administration supérieure à ce Congrès.

Recevez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Monod.

Lettre de **M. H. Napias,** *inspecteur général, à* **M. Ritti.**

Paris, 30 juillet 1897.

Mon cher Confrère,

J'ai attendu jusqu'au dernier moment pour répondre à votre aimable lettre, espérant que je pourrais trouver le temps et le moyen d'aller à Toulouse. Hélas! j'y dois renoncer. Je suis retenu ici d'une façon absolue pendant quelques jours encore; puis je dois partir en tournée vers le Nord. Je n'ai pas besoin de vous dire combien votre insistance m'a touché ni de vous assurer de mes sentiments de haute estime et d'amical dévouement pour le personnel médical des asiles. Je lirai avec un vif intérêt les comptes rendus du Con-

grès et j'y puiserai de bonnes idées dont je ferai mon profit. Ainsi me consolerai-je un peu d'une occasion perdue de passer quelque temps à travailler avec vous.

Bien confraternellement.

Dr H. Napias.

Lettre de **M. A. Regnard**, *inspecteur général, à* **M. Ritti.**

Paris, le 18 juillet 1897.

Monsieur le Président,

Je vous remercie de tout mon cœur de la très aimable invitation que vous avez bien voulu m'adresser au nom des membres du Congrès des aliénistes français. Malheureusement les hasards du service me dirigent actuellement vers Nancy et les Vosges, et quoique tout chemin mène à Rome, celui d'Épinal est tout de même un peu détourné pour arriver à Toulouse.

J'aurais été très heureux de me retrouver au milieu de vos collègues dont j'ai le plaisir et l'honneur de connaitre depuis longtemps un si grand nombre ; je vous prie de leur confirmer tous mes regrets avec l'assurance de ma profonde et sincère sympathie.

Votre tout dévoué et cordial serviteur.

A. Regnard.

Ces lettres, malgré les regrets que laisse aux congressistes l'absence de leurs auteurs, ont été entendues avec plaisir. Elles témoignent d'une manière irrécusable de l'intérêt qu'en haut lieu on porte à l'institution de nos Congrès annuels et aux résultats importants qu'ils sont susceptibles de donner.

A côté d'elles, il convient de donner encore un télégramme de **M. le Dr Ladame**, de Genève, ainsi conçu : « Chaleureuses salutations; félicitations aux rapporteurs et au secrétaire général; les meilleurs souhaits pour le succès du Congrès. »

Après le dépouillement de la correspondance il est procédé à la nomination d'une Commission, à laquelle s'adjoindra le bureau, pour choisir des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1898. Cette Commission devra déposer ses propositions dans la séance du jeudi matin, 5 août. Elle est composée de **MM. Pitres, Régis** et **Pétrucci.**

M. le Président dit alors : « Avant de passer à nos travaux, permettez-moi, Messieurs, de faire une motion d'ordre. Je prierai tous nos confrères qui prendront la parole à nos séances de vouloir bien rédiger tout de suite ce qu'ils auront dit et de le remettre aux secrétaires des séances. Le compte rendu gagnera de cette façon en exactitude et en fidélité. »

La parole est ensuite donnée à **M. Arnaud**, pour faire le résumé de son rapport sur la première question du programme : ***Diagnostic de la paralysie générale.***

Ce résumé terminé, la discussion est ouverte.

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Discussion de la question et communications qui s'y rapportent.

M. de Perry, en son nom et au nom de **M. le Dr Régis**, lit une *Note sur l'existence et la fréquence de la paralysie générale sans délire en dehors des asiles :*

« M. Arnaud, dans son remarquable rapport, a parlé à diverses reprises de la *paralysie générale sans délire*. Il l'accepte au nombre des formes cliniques de la paralysie générale, mais avec une certaine réserve. « On peut admettre à la rigueur, dit-il, qu'il y ait des cas de paralysie générale sans délire, il n'y en a pas sans aliénation. Je crois, d'ailleurs, que ces paralysies générales sans délire sont exceptionnelles, et qu'en suivant les malades de près, on relève tôt ou tard, dans l'immense majorité des cas, quelques conceptions délirantes. »

Placés dans un milieu favorable, il nous a paru intéressant d'examiner cette question de l'existence et de la fréquence de la paralysie générale sans délire.

Pendant trois ans, nous avons observé, soit à la consultation des maladies mentales de la Faculté de médecine de Bordeaux, soit en ville, trente-deux malades atteints de paralysie générale avérée. Beaucoup de ces malades ont été suivis par nous depuis le début jusqu'à la fin de leur affection; pour d'autres, nous avons pu obtenir des renseignements très précis sur l'évolution entière de leur paralysie générale; quelques-uns seulement n'ont été vus qu'en passant.

Voici, en ce qui concerne le délire, ce que nous avons relevé chez eux. Sur les *trente-deux* malades, *douze*, tous hommes, ont présenté à un degré quelconque, passagèrement ou d'une façon durable, des conceptions délirantes.

Vingt, dont douze hommes et huit femmes, n'avaient pas manifesté la moindre trace de délire au moment où ils sont venus à nous pour la première fois. Ils étaient alors presque tous à la période d'état de leur maladie, qui remontait au moins

à deux ou trois ans. De ces vingt malades, quatre ou cinq ont été perdus de vue au bout d'un certain temps; cinq ou six vivent encore. Les autres sont arrivés à la mort sans jamais avoir déliré en quoi que ce soit.

Parmi ces derniers, deux nous ont particulièrement frappés.

L'un, âgé de quarante-quatre ans, grand industriel, ancien ami de l'un de nous et perdu de vue depuis quelque temps, nous reçut à dîner il y a deux ans.

Au premier mot qu'il prononça, nous fûmes saisis : il avait un embarras absolument typique de la parole. A la fin du repas, nous fîmes part à un de ses parents qui se trouvait là de notre opinion sur son état et de la fin plus ou moins prochaine qui l'attendait. Un an plus tard, en effet, le malade succombait à la période terminale de sa paralysie générale, sans jamais avoir eu le moindre délire. Il avait continué jusqu'à quelques mois auparavant de s'occuper d'affaires très délicates et très importantes, et ce n'est que vers la fin qu'il avait paru s'y embrouiller.

Le second malade est encore plus curieux. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui est arrivé au terme de sa paralysie générale non seulement sans avoir déliré un instant, mais en conservant même jusqu'aux derniers jours un degré d'intelligence et de lucidité exceptionnel. Couché dans son lit depuis plusieurs mois, émacié au point de n'être plus qu'un véritable squelette, porteur d'une immense et profonde escharre s'étendant du sacrum à l'anus, la parole extrêmement embarrassée, il avait gardé le souvenir de toute son existence, dont il rappelait volontiers certains incidents, surtout ceux relatifs à sa vie militaire, et ne perdait absolument rien de ce qui se passait dans sa maison. Il suivait exactement le cours du temps, mois, jours et heures; il s'intéressait à ce que faisaient ses enfants, et, la veille encore de sa mort, il lisait dans un livre de prières. N'eût été son embarras significatif de la parole, on l'eût pris, à le voir ainsi cachectisé et parlant aimablement, inconscient de sa fin prochaine, bien plutôt pour un tuberculeux à la dernière période que pour un paralytique général. Bien des fois nous avons eu cette impression, que nous n'avions pu nous empêcher de consigner dans son histoire, et nous l'avons vu mourir sans avoir passé par la démence profonde habituelle, quelques heures après avoir causé comme d'ordinaire

avec lui. Depuis plusieurs semaines il n'avait plus physiquement que le souffle.

Parmi les malades survivants, l'un, atteint depuis trois ans et déjà à une période avancée, est resté employé à la compagnie du Midi, où on lui a conservé une petite tâche. Il est affaibli intellectuellement, mais n'a jamais déliré, et peut se conduire.

Un autre, à qui nous donnons des soins depuis plus de deux ans, et qui aujourd'hui peut à peine marcher et parler, est resté occupé dans la maison où il se trouve depuis près de vingt ans. On l'emploie soit à surveiller, soit à des travaux demandant une certaine habileté, par exemple à couper des gilets de flanelle par douzaine à la fois. Pas une minute cet homme n'a eu du délire, et il conserve toujours une intelligence, diminuée assurément, mais très suffisante et très droite.

Nous pouvons même citer, parmi les douze malades ayant déliré, un homme de quarante-deux ans, ancien tailleur militaire, qui fut interné pendant six mois au début de sa paralysie générale. Il présentait, à ce moment, de l'excitation avec délire des grandeurs. Depuis sa sortie de l'Asile, il y a plus d'un an, les symptômes physiques de paralysie générale se sont aggravés au point qu'à l'heure actuelle il bredouille de façon très marquée et a une marche mal assurée, mais il n'a plus aucun délire. Malgré son affaiblissement mental, qui d'ailleurs ne s'accentue pas, il a repris son métier. Nous n'aurions jamais pu croire, si nous ne l'avions vu, que cet homme, qui peut à peine se faire comprendre, est susceptible de couper les uniformes militaires les plus difficiles, à l'entière satisfaction de ses clients.

Les autres malades n'ont rien offert de particulier que ce fait de n'avoir jamais eu de délire. Deux d'entre eux, un garçon et une fille, étaient atteints de paralysie générale juvénile. Leur observation a été présentée à l'Académie de médecine, au nom de l'un de nous, par M. le professeur Fournier.

Le bilan de nos observations, — bien que leur nombre en soit relativement restreint, — est, on le voit, très significatif au point de vue de la question qui nous occupe. Elles prouvent, à n'en pas douter, qu'il existe des cas de paralysie générale absolument sans délire; elles prouvent aussi que ces cas de paralysie générale sans délire sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. S'ils paraissent si rares aux aliénistes,

et en particulier à M. Arnaud, c'est parce que leur étude a porté à peu près exclusivement sur les paralytiques généraux internés. Mais à côté de ces paralytiques il en est d'autres dont la maladie évolue tout entière au dehors, sans jamais s'accompagner de délire. Le nombre de ces malades, impossible à évaluer, doit être encore assez considérable, si l'on en juge par ceux qui se présentent aux consultations, que l'on rencontre dans les salles d'hôpitaux ordinaires, ou même que l'on découvre par hasard dans leur famille.

La proportion des femmes et des adolescents est naturellement plus grande dans la paralysie générale sans délire que dans la paralysie générale délirante. Nous avons la conviction, pour notre part, qu'un certain nombre de cas de paralysie générale féminine et de paralysie générale juvénile échappent parce qu'ils se présentent sous cette forme qui peut passer inaperçue ou être méconnue. C'est ainsi qu'un de nos malades atteint de paralysie générale précoce est mort depuis dans un asile, où l'attention n'étant pas attirée sur lui, on l'a toujours considéré comme un dégénéré imbécile.

A l'exception de ce qui concerne les femmes et les adolescents, la paralysie générale sans délire ne nous a pas paru présenter d'autres caractères spéciaux. Dans les cas que nous avons observés, elle reconnaissait tout comme l'autre, pour cause habituelle, la syphilis.

M. Régis : « Dans son remarquable et si intéressant rapport, M. Arnaud, après avoir indiqué les difficultés du diagnostic différentiel entre la paralysie générale et les états infectieux, signale l'importance de la théorie infectieuse de la paralysie générale, qui tend aujourd'hui à se dessiner, et son rapport même se termine par cette phrase significative : *La théorie infectieuse de la paralysie générale ouvre une période nouvelle de l'histoire déjà si longue de la maladie.*

Je suis d'autant plus heureux, pour ma part, d'entendre M. Arnaud parler ainsi, que je suis, on le sait, un partisan convaincu, je n'ose dire un des promoteurs, de cette théorie infectieuse de la paralysie générale.

Au début, j'avais reçu de mes maîtres cette notion alors courante, que l'étiologie de la paralysie générale était des plus

obscures et que la syphilis, en particulier, n'entrait pour rien dans sa production.

Plus tard, quand, placé dans un milieu favorable, je pus observer par moi-même. je ne tardai pas à constater que la syphilis se retrouve avec une fréquence, on pourrait dire avec une constance désespérante, dans les antécédents de la paralysie générale. C'est ainsi que peu à peu j'en arrivai à l'idée de la suprématie étiologique de la syphilis dans la paralysie générale.

Plus tard, étudiant dans notre rapport au Congrès de La Rochelle les auto-intoxications dans les maladies mentales, je fus frappé de la tendance évidente des maladies infectieuses aiguës à déterminer des états cérébraux analogues à la paralysie générale et même parfois de véritables paralysies générales.

Dès lors, le problème s'éclaircissait pour moi, et la paralysie générale m'apparut comme une maladie d'origine infectieuse, le plus souvent consécutive à une infection chronique, la syphilis, dans le cours de laquelle elle survient douze ans en moyenne après l'infection, mais susceptible de se manifester aussi à la suite d'infections aiguës, à condition qu'elles aient trouvé un terrain prédisposé et qu'elles aient été suffisantes.

C'est là, aujourd'hui, mon opinion sur la paralysie générale, et c'est là la théorie infectieuse.

Ce n'est encore évidemment qu'une théorie à l'appui de laquelle on ne saurait apporter de preuves décisives, mais c'est, comme le constate le rapporteur, une théorie avec laquelle il faut déjà compter et qui peut-être sera la vérité de demain.

Déjà, les aliénistes français, indifférents ou réfractaires jusqu'ici à la possibilité d'une étiologie syphilitique de la paralysie générale, y sont venus dans ces dernières années en grand nombre.

D'autre part, les faits de paralysie générale juvénile par syphilis héréditaire ou contamination dans le premier âge, de paralysie générale conjugale par syphilisation réciproque des deux conjoints, de paralysie générale multiple avec source syphilitique commune, de paralysie générale par syphilis extra-génitale, professionnelle, chez des médecins, etc., etc., ont fini par ébranler jusqu'aux plus incrédules. Enfin, les anatomo-pathologistes eux-mêmes semblent en train de détruire la dernière incertitude en démontrant que certaines lésions de la paralysie géné-

rale, cérébrales et médullaires, ne sont pas si éloignées qu'on le pensait tout d'abord des lésions de la syphilis.

Quant aux maladies infectieuses aiguës, l'influenza surtout, qui semble douée à cet égard d'une nocivité particulière, tous les aliénistes français et étrangers ont observé des cas où elles laissaient après elles soit des états neurasthéniques ou psychasthéniques se rapprochant de la paralysie générale, soit de véritables paralysies générales, avec ou sans arrêt d'évolution. Krœpelin, Séglas, Chaslin, Klippel, mon élève Delmas et moi, avons appelé l'attention sur les faits de ce genre qui se relient incontestablement aux faits de *paralysie générale* consécutive aux maladies aiguës signalés autrefois, notamment par Beau, Baillarger, Christian, etc.

La théorie infectieuse de la paralysie générale est-elle, comme le croit M. Arnaud, incompatible avec la croyance à l'existence des pseudo-paralysies générales? Pour ma part, j'estime que non. Les infections, en effet, ne produisent pas que des méningo-encéphalites diffuses. La syphilis, par exemple, provoque sur le système nerveux des accidents tout à fait différents, et, à côté de la paralysie générale, elle détermine des états cérébraux réalisant d'emblée le tableau d'une démence paralytique avancée, mais régressive et curable par le traitement spécifique. Il en est de même de la plupart des autres infections et intoxications. D'où il suit qu'une infection aiguë ou chronique peut, suivant les circonstances, donner naissance à une véritable paralysie générale, qu'on l'appelle *pseudo-paralysie générale* ou autrement, peu importe.

En résumé, la théorie infectieuse de la paralysie générale me paraît celle qui, à l'heure actuelle, répond le mieux à l'ensemble des faits cliniques et en rend le mieux compte. Assurément, elle ne représente pas le dernier mot de la science. Derrière la syphilis, on a trouvé l'infection, aiguë ou chronique; derrière l'infection, il y a et on trouvera certainement autre chose. Mais, telle qu'elle est, la théorie infectieuse de la paralysie générale représente un progrès sur le passé et un pas de plus en avant vers la solution de cette question capitale de la nature de la paralysie générale.

M. Paul Garnier : « Je crois que M. Arnaud ne sau-

rait être contredit par personne quand il déclare que la démence constitue un véritable *stigmate paralytique*.

J'aurais même voulu, peut-être suis-je vraiment trop exigeant, le voir insister plus encore qu'il ne l'a fait sur le caractère d'*universalité* de cette démence, qui n'est un stigmate paralytique qu'à la condition d'être absolument totale, globale, et cela dès le début.

Aucune faculté, attention, association d'idées, mémoire, jugement, volonté, n'échappe à cette ruine complète ; et, si quelqu'un nous présente comme étant atteinte de paralysie générale une personne encore pourvue de l'une quelconque de ces facultés, nous devons tout de suite penser à une erreur de diagnostic. Cette erreur est, hélas ! assez fréquente, comme j'ai, pour ma part, l'occasion de m'en apercevoir à l'infirmerie spéciale.

La forme du délire, forme expansive ou dépressive, n'est rien ou presque rien ; c'est la manière naïve et absurde avec laquelle ce délire est énoncé qui est tout. Les conceptions du paralytique, toutes, sans exception, sont marquées de ce cachet démentiel.

Le pivot de la question que nous avions demandé à M. Arnaud, l'année dernière à Nancy, de vouloir bien traiter pour le Congrès de Toulouse, repose sur la discrimination des formes qui, dans leur expression symptomatique, arrivent à simuler la paralysie, sans d'ailleurs parvenir à une ressemblance assez complète pour surprendre un observateur expérimenté et sur ses gardes.

La dénomination « *pseudo-paralysie générale* » est née de là, dénomination qui ne vaut quelque chose que si l'on veut bien lui laisser son *caractère négatif*. Elle devient fâcheuse si l'on prétend décrire sous ce nom des syndromes qui, étant autre chose que la paralysie générale, ne sont qu'improprement désignés quand on se borne à dire qu'ils sont « une fausse *paralysie générale.* » C'est, en somme, un diagnostic négatif, et un diagnostic négatif n'est pas un diagnostic,

M. Arnaud semble faire bon marché et de la chose et du nom qu'on a voulu lui attribuer. J'estime qu'il a raison, et je suis tout à fait avec lui.

Qu'il y ait des lésions en foyer, lésions largement disséminées dans le cortex, qui soient simulatrices de la paralysie générale, c'est ce que personne ne pourrait mettre en doute.

Les lésions propres à la syphilis cérébrale, à l'alcoolisme chronique, à l'encéphalopathie saturnine, à divers néoplasmes enfin, peuvent, par leur dissémination exceptionnelle, produire un ensemble symptomatique se rapprochant de la paralysie générale, mais ne parvenant point à s'identifier avec l'encéphalite interstitielle diffuse.

Certes, la confusion peut être faite si l'on n'est pas prévenu, si surtout on oublie d'exiger la manifestation de cette démence totale, globale, dont je parlais tout à l'heure. Dans ces diverses encéphalopathies, que l'on cherche bien et on trouvera toujours une note discordante sous forme de la survivance partielle d'une faculté. Presque chaque jour, dans mon service, il y a lieu de s'attarder à ce diagnostic différentiel minutieux. Après quelques mois de séjour à l'Infirmerie spéciale, il n'est guère de mes élèves qui ne soient aptes à l'établir d'une manière très motivée.

Quand on a dit que la pseudo-paralysie générale syphilitique, alcoolique, saturnine, n'a pas de réelle existence, on n'a pas refusé pour cela à la syphilis, à l'alcool, au plomb, etc., toute intervention dans l'étiologie de la paralysie générale. Si, selon moi, il n'y a pas lieu de reconnaître une paralysie générale syphilitique, alcoolique, etc., ce n'est pas une raison pour que ces diathèses ou ces intoxications ne *préparent* pas le terrain. Je formulerai ma pensée en disant que tout *agent dégénératif* peut être facteur étiologique de la paralysie générale, au développement de laquelle concourent ordinairement, d'ailleurs, des causes multiples et complexes, le surmenage, l'alcoolisme, la syphilis, etc.

M. Arnaud a signalé les principales circonstances dans lesquelles le diagnostic de paralysie générale était difficile. Il ne pouvait parvenir à les énumérer toutes avec les détails que leur grande importance comporte. Je ne connais pas beaucoup de cas plus difficiles, plus épineux, que ceux qui sont relatifs à la *paralysie générale juvénile.*

Il m'est arrivé de me trouver en présence de cas d'une appréciation bien ardue. En voici un au hasard : Un garçon de quatorze ans est amené dans mon service. C'était, me dit-on, un enfant d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque dont je vais

tout à l'heure parler. Sur ses antécédents héréditaires rien de particulier. Élevé à l'école primaire, cet enfant était toujours dans les premiers rangs de sa classe; il avait obtenu avec la plus grande facilité son certificat d'études, et on se préparait à le mettre en apprentissage lorsque, vers l'âge de treize ans, on remarqua qu'il se faisait en lui une grande transformation. Il devenait singulièrement étourdi, oublieux, inconscient; il n'était plus le même. Son écriture se modifia comme son caractère. Il oubliait des lettres; les mots étaient souvent mal construits, avec une forme tremblée; la parole était embarrassée..., tout cela, avec une évolution lente, progressive. L'enfant devint malpropre, glouton. Enfin, après sept à huit mois de cette déchéance progressive, prise tout d'abord par la famille pour des vices du caractère, le délire apparut, délire d'énormité, absurde, ambitieux, naïf, contradictoire. Dans sa folie des grandeurs, il procédait toujours par un chiffre qui, dans son imagination d'enfant, représentait sans doute l'extrême limite du grandiose: il avait 500 millions, il avait 500 escadrons à commander comme général, il avait 500 gorilles manœuvrant 500 batteries, il commandait à 500 amazones, il donnerait à chacun de ses lieutenants 500 escadrons, etc., etc. Il était, suivant une expression de Kussmaul, comme *intoxiqué* par ce terme numérique.

Lorsque je visitai cet adolescent de quatorze ans, je fus dans le plus grand embarras. Je constatai chez lui tous les signes d'ordre physique ou intellectuel de la paralysie générale. L'embarras de la parole, constitué par l'échappement syllabique, était caractéristique; les pupilles étaient rétrécies et inégales. Psychiquement, par l'altération profonde de la mémoire, de l'attention, de l'association des idées, du jugement et de la volonté, enfin par les signes les plus caractéristiques de la démence, cet enfant donnait le tableau en apparence le plus achevé de la paralysie générale. Je me défendis pourtant contre ce diagnostic le plus que je pus, malgré l'évolution et la nature des symptômes.

C'est que nous savons que la paralysie générale demande pour se développer un cerveau d'adulte. Ni l'enfant, ni le vieillard, n'en sont réellement tributaires. Le processus de l'encéphalite interstitielle diffuse est une réaction dégénérative des éléments nerveux à leur plénitude de développement.

J'ai noté parfois des cas de paralysie générale à vingt ans, vingt-deux ans, mais le fait d'énoncer ce diagnostic pour un adolescent de quatorze ans me mettait mal à l'aise.

J'eus la pensée qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses imitant, dans une certaine mesure, par leur dissémination, le caractère diffus et généralisé de l'encéphalite interstitielle diffuse.

M. Magnan, à qui j'adressai cet adolescent, accentua encore les réserves que j'avais émises, tout en reconnaissant que l'ensemble symptomatique reproduisait, à s'y méprendre, celui de la paralysie générale. Nous avions remarqué, l'un et l'autre, qu'au milieu de ses conceptions grandioses, absurdes, cet enfant conservait encore une certaine mémoire, gardait une physionomie plus vive que celle qu'on a coutume de voir aux paralytiques généraux.

L'observation ultérieure pourrait légitimer nos réserves.

Il y a donc là une cause de difficultés considérables et, pour se tirer d'embarras, le clinicien n'a pas trop de toute sa sagacité.

M. Régis : « Je suis très surpris d'entendre que M. Garnier nie, ou à peu près, la paralysie générale juvénile. Il en existe aujourd'hui un trop grand nombre de cas authentiques pour qu'on puisse sérieusement contester la réalité de son existence. Persister à soutenir, dans ces conditions, « que la paralysie générale est une maladie de l'adulte qui exige pour se manifester le complet développement des éléments nerveux, et par conséquent qui ne saurait atteindre la jeunesse, » c'est partir, on le voit, d'une idée préconçue, arrêtée d'avance, et s'exposer par suite à méconnaître la paralysie générale lorsqu'elle se rencontre chez un adolescent. C'est ce qui est arrivé à M. Garnier pour le cas qu'il vient de nous citer et dans lequel je vois, pour ma part, un cas de paralysie générale juvénile.

On comprend que M. Garnier ne puisse admettre de paralysie générale en dehors de l'âge mûr, puisqu'il la considère comme essentiellement liée à la complète évolution des éléments nerveux. Mais s'il acceptait, comme nous, ce que démontrent tant de faits, l'influence étiologique prépondérante de la syphilis, il verrait que la paralysie générale n'est pas, par elle-même,

une maladie de l'adulte, qu'elle ne l'est que fortuitement, parce qu'elle survient de douze à quatorze ans, en moyenne, après l'infection syphilitique, laquelle a lieu surtout entre dix-huit et trente ans.

Et ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est précisément la paralysie générale juvénile qui est aussi, on le sait, de douze à quatorze ans postérieure à une infection syphilitique, soit héréditaire, soit infantile. Rien n'est plus probant, il me semble, que les cas dans lesquels on voit un enfant contaminé par sa nourrice (cas de Régis), par un domestique ayant sonné dans sa trompette (cas de Hanot communiqué à Chaslin), par des relations sexuelles très précoces (cas de Westphal), devenir paralytique général entre quatorze et vingt ans.

L'époque d'apparition de la paralysie générale paraît donc surtout commandée par l'époque de la syphilisation.

Habituellement maladie de l'adulte, parce que la syphilisation s'opère d'habitude dans la jeunesse, elle peut être juvénile ou sénile lorsque la syphilisation est elle-même précoce ou tardive.

M. Charpentier : « Toute la difficulté du diagnostic de la paralysie générale réside dans la constatation précise des signes qui la constituent.

Prenons un sujet de trente-cinq, quarante ans, atteint de démence précoce : qu'il soit porteur d'un léger trouble de la parole congénital, d'une inégalité pupillaire, suite d'une lésion de l'iris ou de la cornée ; si, dans ses réponses ou dans les renseignements, on apprend que c'est depuis peu de temps qu'il perd l'intelligence, qu'il est gauche dans ses mouvements, qu'il est devenu apathique, et si ses réponses montrent qu'il comprend assez difficilement, que ses idées sont empreintes de sottise, de niaiserie, de contradiction, on peut être porté par un jugement précipité à diagnostiquer une paralysie générale. Le médecin expérimenté ne se trompera pas sur la valeur de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, la maladresse des mouvements, la niaiserie des réponses.

Il en sera de même dans certains cas de mélancolie avec confusion mentale, dans certains cas d'épilepsie délirante avec inégalité pupillaire, parésie et absence de cicatrices ou de ren-

seignements, de même dans certains cas d'excitation maniaque ou d'alcoolisme.

Ce qui trompe, ce ne sont pas les signes de la paralysie générale, mais bien les troubles qui les simulent. Ceci s'apprend plus que cela ne s'enseigne.

J'ai dans mon service un paralytique général avéré avec perforation vaste de la voûte palatine; les visiteurs qui l'examinent rapidement s'empressent de dire : paralysie générale syphilitique. C'est un paralytique général, en effet, en rémission, sans syphilis qui, dans une tentative de suicide, s'est tiré autrefois un coup de feu dans la bouche.

S'il est brillant de dépister une paralysie générale à laquelle personne ne pense, il est loin d'en être ainsi quand après avoir diagnostiqué trop vite une paralysie générale on est obligé d'assister d'abord à une amélioration, puis à une rémission, et enfin à une guérison, puisque le diagnostic ne se confirme pas.

A propos de l'inégalité pupillaire, veuillez me permettre de revenir incidemment sur ce que j'ai dit au Congrès de Nancy où j'ai cherché à attirer l'attention sur les cas de paralysie générale avec pupille droite constamment plus large, ou en tout cas n'alternant pas avec la dilatation de la pupille gauche. Je suis toujours, dans ces cas, plus réservé dans mon pronostic; je m'attends toujours à quelque irrégularité dans l'évolution; c'est dans ces cas que je recherche un facteur étiologique plus particulier, que je pense de préférence aux pseudo-paralysies générales, ou pour m'exprimer plus correctement, aux maladies capables de simuler la paralysie générale. Ce qui n'empêche pas beaucoup de paralytiques généraux à pupille droite dilatée de suivre leur évolution régulière.

Si réellement la paralysie générale alcoolique n'existe pas et n'est qu'une erreur de diagnostic consistant à confondre l'alcoolisme avec la paralysie générale, si donc on n'a affaire qu'à une paralysie générale chez un alcoolique, j'avoue avoir commis plus d'une fois cette erreur; mais je crois à l'existence de la paralysie générale alcoolique, et je crois que celle-ci se développe de préférence chez les sujets qui n'ont pas eu d'ivresses ni de délires alcooliques antérieurs, et souvent chez des sujets qui n'avaient présenté antérieurement aucun signe d'intoxication cérébrale.

En tout cas, il est assez facile de reconnaître ces sujets dans les asiles lorsque l'ensemble phénoménal désigné sous le nom de paralysie générale alcoolique ne s'est terminé ni par la mort ni par la guérison : ils ont une démence assez caractéristique; leur mémoire est ordinairement revenue, toutes les fonctions s'exécutent librement, à part quelques accès de bronchite; mais ils restent indifférents à leurs intérêts, à leur situation, à leur famille; ils refusent souvent de travailler, par inertie, mais ils se conduisent régulièrement; ils répondent laconiquement aux questions et laissènt tomber toute conversation; ils ne réclament jamais leur sortie et se bornent à rester paresseux, apathiques, indifférents. Bien entendu, les signes caractéristiques de la paralysie générale ont disparu.

L'erreur de diagnostic est encore possible chez certains épileptiques ordinairement alcooliques, à début tardif et à attaques très rares. La première attaque plus ou moins constatée est suivie d'état démentiel prolongé, sans délire, d'embarras de la parole, d'inégalité pupillaire, de parésie légère, et est interprétée dans le sens d'une attaque épileptique ou apoplectiforme. En deux ou trois mois, tous ces phénomènes disparaissent, sauf l'affaiblissement général de l'intelligence : un an, deux ans plus tard, une autre attaque se produit avec les mêmes symptômes sérieux, avec les mêmes symptômes consécutifs; cet état persiste six, huit ou dix ans, bien que les malades soient à l'abri de l'intoxication alcoolique.

En somme, ces sujets ne sont pas des paralytiques généraux à marche lente et à attaques épileptiformes, mais bien de vieux épileptiques et anciens alcooliques à attaques tardives et très rares. Nous avons pris soin de nous assurer que la syphilis était étrangère à leur état.

La paralysie générale peut être simulée par des ramollissements cérébraux précoces. M. Arnaud nous a très bien fait ressortir les difficultés du diagnostic; la réserve se commande toujours dans les premiers temps de l'observation.

Nous garderons toujours le souvenir d'un sujet de trente-cinq ans, à propos duquel nous hésitions entre une excitation maniaque avec accès épileptiques et une paralysie générale avec accès épileptiformes, à cause de l'union des phénomènes d'excitation, de délire, de convulsions, d'inégalité pupillaire, de tremble-

ment de la langue et d'embarras de la parole. Un mois après son entrée, il succomba subitement, et nous avons trouvé une athéromasie généralisée à partir de l'entrée des vaisseaux dans le crâne; il y avait une incrustation à la base de l'aorte; rien dans les autres vaisseaux. Une vaste hémorragie méningée était la cause de la mort. Sous l'action de la macération prolongée, tout le tissu nerveux avait disparu et le réseau vasculaire intact ressemblait à une pétrification, à part la consistance. Il y avait des antécédents alcooliques et arthritiques.

La paralysie générale peut être simulée par la syphilis cérébrale, et j'ai rapporté autrefois le cas d'un malade que j'ai présenté à la Société médico-psychologique et qui, en raison de son intérêt, a été publié dans les *Annales de dermatologie*.

Cependant il est toujours possible d'établir le diagnostic.

Quant à la paralysie générale syphilitique, elle existe peut-être. J'ai observé une quinzaine de cas sur quatre cents où la paralysie générale s'est développée chez des sujets anciens syphilitiques avérés; mais cela ne veut pas dire que j'affirme que ces sujets, anciens syphilitiques, et ayant succombé à la paralysie générale, aient succombé à de la paralysie générale dite syphilitique.

Sur la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, je me rallie, comme au Congrès de Rouen, aux opinions de MM. A. Voisin et Christian, sur son extrême rareté; en tous cas, je ne l'ai jamais vue guérir, même avec le traitement spécifique.

On a fait pour la syphilis ce qu'on a fait pour la folie : on en a élargi le cadre au point d'y faire tout pénétrer; avec l'hérédité, l'hérédo-syphilis, avec la multiplicité croissante des érosions dentaires, avec l'inutilité de rechercher les cicatrices anciennes de chancre ou les lésions ulcéreuses chroniques anciennes, et les manifestations osseuses ou autres indélébiles. Il suffit maintenant qu'un malade ait pris autrefois de l'iodure de potassium pour qu'on en fasse un syphilitique, surtout s'il présente des symptômes de paralysie générale.

Bientôt on va soutenir que la paralysie générale syphilitique se rencontre surtout chez les sujets qui ont eu des accidents de début passagers, insignifiants, des accidents consécutifs peu graves, qui ont peu fait de traitement spécifique ou n'en ont

pas fait du tout, et dont le cerveau finit par payer à lui seul tous les frais de l'intoxication présumée.

Exagérons par l'absurde pour nous faire mieux comprendre, et nous dirons qu'on en arrivera à admettre que la paralysie générale syphilitique existe surtout chez les sujets qui n'ont pas présenté d'accidents syphilitiques. Pour éviter une telle confusion, il n'y a qu'un moyen que j'ai déjà proposé à la Société médico-psychologique : c'est de n'admettre au nombre des observations réellement scientifiques, authentiques, que les cas portant sur des individus ayant présenté des manifestations indélébiles et toujours vérifiables de syphilis; là-dessus on pourra établir un diagnostic, un traitement, des statistiques indiscutables; autrement nous ferons des statistiques sur des raisonnements et surtout sur des pétitions de principes; on pourra donc dire et prouver tout ce qu'on voudra.

Je désirerais encore fixer l'attention sur certains cas de paralysie générale à propos desquels je suis embarrassé pour leur proposer un nom. Ils correspondent à ce que Bigot, de l'asile de Vaucluse, avait désigné autrefois sous le nom de *période raisonnante de la paralysie générale*. Son livre a été trop peu lu, il méritait mieux que cela. Il s'agit d'individus en état d'excitation maniaque, alcoolique, ordinairement accompagnée ou suivie de symptômes de paralysie générale, tels que inégalité pupillaire (pupille droite souvent plus dilatée), embarras de la parole, délires multiples; il est possible de fixer très passagèrement leur attention; puis l'excitation disparaît, ainsi que l'embarras de la parole, les troubles de la pupille, l'insomnie, les délires et les troubles musculaires; il reste toutefois un mélange confus d'idées de grandeur et de persécution; celles-ci alors montrent même parfois une légère tendance à la systématisation, mais cette systématisation naïve, contradictoire disparaît vite ainsi que les idées de grandeur et de persécution qui lui ont donné naissance; il persiste toutefois plus ou moins longtemps des vices du caractère, et parfois ceux-ci ne se dessinent nettement qu'après la disparition des délires ou des idées délirantes qui les marquaient. Les sujets apparaissent grincheux, irritables, vaniteux, défiants, insolents, et se comportent dès lors comme de vrais raisonnants; ils sont toujours prêts à contredire, à ridiculiser, à faire de l'opposition ou des menaces; ils

se répandent en injures, en calomnies, verbales ou écrites ; enfin, après un temps assez long le calme revient, le regard cesse d'être irrité, les traits du visage se détendent, tout trouble du caractère disparaît. Nous ne savons ce que deviennent de tels sujets, car ils finissent par être mis en liberté à cause de leur apparente guérison ou par être transférés parfois sur leur demande.

Sont-ce de simples vicieux qui auraient présenté les symptômes de l'excitation maniaque alcoolique, et dont les vices du caractère se seraient plus nettement dessinés après la disparition de la crise toxique, pour ensuite s'amender sous le bénéfice de la séquestration ou se dissimuler par espoir de la mise en liberté?

Serait-ce une forme raisonnante consécutive à l'excitation maniaque ou à la paralysie générale alcoolique, et remplaçant en ce cas la période de rémission ou la terminaison par démence apathique? Serait-ce une de ces formes décrites par Bigot, de l'asile de Vaucluse, sous le nom de période raisonnante de la paralysie générale? Serait-ce une forme de paralysie générale circulaire dont nous n'aurions observé qu'une période?

Nous soulevons ces questions sans tenter de les résoudre.

Toutefois, remarquons qu'ordinairement le paralytique général est un malade débonnaire, ainsi qu'en témoigne son regard, son air niais, sa forme de délire naïve, mobile, multiple, contradictoire; le délit commis est rarement intentionnel, prémédité, voulu ; ce malade n'est méchant que par délire, excitation, hallucination ou entêtement. Remarquons, d'un autre côté, que ce même paralytique général parcourt son évolution dans l'espace de deux à quatre ans ; remarquons, enfin, que cette maladie apparaît rarement dans le cours des névroses, ou que dans ce cas là son évolution est singulièrement modifiée, comme l'a très bien fait ressortir Régis dans ses travaux sur la paralysie générale chez les hystériques.

J'en viens à me demander si les vices du caractère n'agiraient pas dans l'évolution de la paralysie générale à la manière des névroses et de l'hérédité, comme l'a autrefois soutenu Doutrebente, et si les sentiments tenaces, profonds, durables, tels que la haine, l'envie, la jalousie, l'orgueil, la défiance ne sont pas des agents d'arrêt ou, en tout cas, de modification dans

l'évolution de la paralysie générale. Ainsi s'expliquerait la rareté de cette maladie comme complication des folies morales, raisonnantes, persécutrices; sa rareté dans le délire de grandeur, et dans les délires prolongés de persécution; sa rareté dans les hallucinations chroniques, dans les phobies, les obsessions à longue durée, dans l'hypocondrie; d'un autre côté, nous voyons la durée se prolonger dans la paralysie générale hystérique et dans les formes circulaires, comme si là encore il y avait en quelque sorte un antagonisme entre la névrose ou les vices du caractère et la maladie.

Enfin, je trouve un dernier argument dans un Mémoire présenté au Congrès de Clermont et qui certainement n'était pas présenté dans cette intention. Je trouve dans le Mémoire très documenté de M. Monod, directeur au Ministère de l'Intérieur, que les paralytiques généraux condamnés, puis reconnus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, ont tous une durée de séjour d'au moins quatre ans dans l'asile; en opposant cette durée à la durée moyenne de deux à quatre ans, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas de paralysie générale développée chez des sujets à caractère vicieux et, par suite, plus capables d'évoluer lentement. Ma conclusion, que je ne livre qu'à titre d'hypothèse, serait que les vices du caractère constitueraient un mauvais terrain pour le développement et l'évolution de la paralysie générale, un aussi mauvais terrain que les psychoses et les névroses, l'imbécillité et l'hérédité. Une autre déduction, c'est que l'étude des vices du caractère pourrait peut-être servir au diagnostic et, par suite, au pronostic de la paralysie générale.

M. Pétrucci : « Le remarquable rapport du Dr Arnaud est un résumé très complet, très scientifique de la question de diagnostic de la paralysie générale.

Il en résulte qu'aucun signe vraiment pathognomonique n'est encore venu élucider l'étude si complexe de cette maladie.

La paralysie générale est surtout révélée par un cortège de symptômes dont la déchéance intellectuelle, l'embarras de la parole et l'ophtalmoplégie sont les points cardinaux.

Rien d'étonnant à cela, puisque le terme même de paralysie générale ne satisfait personne et correspond par sa signification

même à un état clinique complexe, correspondant lui-même à des lésions nécropsiques très différentes.

La création néologique des pseudo-paralysies générales n'a pas éclairé davantage la question. Elle n'a fait que dessiner avec plus de force l'insuffisance de cette nomenclature tombant aujourd'hui en désuétude et qui dès l'origine n'a pas été admise par tous les pathologistes, malgré l'autorité scientifique de ses parrains.

Il convient avant tout de mettre un peu de clarté dans la valeur des signes nécropsiques de la maladie, comme cela a été fait pour les affections de la moelle aujourd'hui plus connues.

Après tout, le cerveau n'est-il pas un renflement de la moelle? Sa structure n'est-elle pas identique? composée des mêmes éléments hjstologiques, substance blanche, substance grise, tubes nerveux, cellules nerveuses, enveloppes séreuses, vasculaires, etc.?

A côté des myélites généralisées, nous avons des myélites systématisées, c'est-à-dire propres à divers ordres de substance nerveuse blanche ou grise ; — sclérose amyotrophique ou des cordons latéraux ; tabes ou sclérose des cordons postérieurs, etc., etc. La maladie commençant par un système quelconque peut passer à un autre et même se généraliser.

Pourquoi n'en serait-il pas de même des péricérébrites?

Les faits cliniques et les autopsies semblent justifier cette manière de voir.

On ne saurait nier aujourd'hui la transformation du tabes ascendant en paralysie générale, et inversement de la paralysie générale en tabes descendant.

Les quelques pathologistes irréductibles qui persistent à voir en ces états morbides deux maladies distinctes sont obligés de reconnaître l'existence de faits qu'ils ne s'expliquent pas.

L'artério-sclérose cérébrale peut commencer, comme celle de la moelle, par des tissus nerveux différents ; de là des variétés cliniques, avec des signes initiaux également différents, pour se généraliser ensuite dans une méningo-encéphalite diffuse générale.

Dans la maladie classique de Bayle, où le cachet démentiel ouvre la scène, les cellules cérébrales et les tubes nerveux sont les premiers frappés. La processus morbide se communique en

second lieu aux méninges, et c'est pour cela que les accidents convulsifs et moteurs, accès épileptiformes et paralytiques se remarquent à la troisième période de la maladie. Les adhérences cérébrales caractéristiques se font de l'encépale aux méninges.

L'inverse a lieu dans d'autres formes; la syphilis, par exemple, dont chacun connaît la prédilection pour les séreuses. Les poussées congestives initiales se traduisent par la production des convulsions épileptiformes et des paralysies à la première période. La décadence intellectuelle initiale est moins prononcée que dans le cas précédent.

Je ne puis m'étendre davantage sur cette simple remarque, ni examiner en particulier chaque variété; mais il me semble possible, dès aujourd'hui, de reconnaître diverses variétés de péricérébrites, comme de myélites, de bronchites, de pneumonies, fièvres typhoïdes et autres maladies.

La variété la plus grave, généralement incurable et avec rémissions rares, serait celle qui commence par la substance nerveuse.

Les autres, sujettes à des rémissions plus ou moins complètes, parce que la substance nerveuse est la dernière atteinte, seraient d'un pronostic moins sombre.

Pour ma part, je n'hésite pas à reconnaître :

Des péricérébrites d'origine toxique : alcoolisme, syphilis, saturnisme, états infectieux, à lésions plus ou moins graves ou étendues, depuis la simple congestion jusqu'à la sclérose complète.

Des péricérébrites débutant par l'altération de la substance blanche avec phénomènes d'ophtalmoplégie initiaux et prédominants.

Des péricérébrites cellulaires, plus spéciales au cachet démentiel de la maladie, et correspondant à la paralysie générale sans délire.

Des péricérébrites à début méningitique avec fausses membranes flottantes, etc.

Il appartient aux études nosologiques et à la clinique d'étendre et de mieux préciser dans l'avenir la connaissance de ces variétés.

M. Auguste Voisin : « 1° Quelle durée est-il raisonnable

d'accorder à la période prodromique lorsqu'elle existe dans la paralysie générale? On peut dire qu'en général elle est de quelques mois; nous trouvons très souvent dans nos notes le terme de trois mois.

2° Quels sont les phénomènes qui s'observent à partir du moment où l'individu n'est plus en état de santé jusqu'au jour où il devient véritablement aliéné paralytique? C'est là l'étude des phénomènes prodromiques ou de l'incubation, étude difficile et délicate. L'une des plus grandes difficultés, c'est de bien limiter la période prodromique et de ne pas faire rentrer dans les prodromes ce qui appartient à la maladie confirmée ou à cette période que nous avons appelée intermédiaire. L'énumération des phénomènes d'incubation montrera que la folie n'est pas seulement annoncée par des modifications du moral et de l'intelligence, mais encore par des troubles physiques.

Les *troubles physiques* que nous trouvons le plus souvent mentionnés dans nos notes sont les suivants :

A. Du côté du *système nerveux* il existe des troubles de la sensibilité dans ses divers modes.

Douleurs. — La fréquence des névralgies généralisées depuis longtemps a souvent attiré notre attention, et dans notre travail, couronné par l'Académie en 1877 (prix Lefèvre), nous avons relaté huit observations de folie paralytique précédée longtemps à l'avance par des névralgies généralisées. L'une de nos malades souffrait de cruelles douleurs névralgiques depuis plus de quinze ans; nous insistons plus loin sur l'importance qu'il y a à calmer des douleurs qui appartiennent souvent à la période d'incubation de la folie, mais qui, à notre avis, peuvent aussi être considérées comme cause du trouble mental ultérieur; il arrive souvent que ces névralgies prodromiques disparaissent lorsque le délire éclate et surtout lorsque les troubles somatiques spéciaux viennent annoncer d'une façon irrévocable l'invasion de la périencéphalite diffuse.

Les sensations douloureuses revêtent divers caractères, et rien n'égale la richesse du vocabulaire des individus quand ils signalent leurs diverses sensations : l'un se plaint de se sentir les chairs labourées, l'autre d'avoir sur la tête une calotte de plomb ou de glace, d'avoir la tête serrée comme dans un étau. Un de nos malades, devenu plus tard aliéné paralytique, nous disait

avoir les pieds comme dans l'eau bouillante, alors qu'au toucher ses pieds paraissaient toujours froids.

Les fourmillements et les picotements de la peau sont aussi souvent mentionnés.

B. Du côté du *sens électrique*, il y a lieu de noter les sensations de courants électriques dans la tête, de décharges électriques provoquant parfois des sauts dans le lit. Une femme se plaignait de recevoir des secousses électriques accompagnées de coups de massue dans la tête.

C. Des modifications du *sens musculaire* sont également fréquentes. Certains individus se sentent légers comme des oiseaux et éprouvent le besoin de marcher beaucoup; ils ne peuvent pas rester assis; d'autres, au contraire, sont lourds, fatigués, courbaturés, sans que le repos, même prolongé, au lit, sans que les bains puissent faire disparaître cette sensation.

D. Du côté des sens, on observe souvent de l'injection des yeux, une vivacité anormale dans le regard, des bourdonnements d'oreilles, des sifflements, des bruits de cloche, des vertiges, des étourdissements.

E. Les principaux troubles de la circulation sont des palpitations, des bouffées de chaleur à la tête, des rougeurs subites de la face.

F. Les fonctions de l'estomac sont souvent troublées; on observe de l'inappétence, de l'anorexie, des éructations, de la constipation fréquemment.

G. Les troubles de la menstruation sont également fréquents; la dysménorrhée et surtout l'aménorrhée sont souvent signalées.

Bref, on trouve dans les prodromes de la paralysie générale tous les phénomènes que Krishaber rapporte à ce qu'il appelle la névropathie cérébro-cardiaque.

L'*étude des troubles psychiques* mérite de nous arrêter plus longtemps. Les troubles psychiques ne sont en aucune façon assez saillants pour mériter le nom de *délire;* du moment, en effet, qu'il y a délire, il s'agit soit de paralysie générale confirmée, soit de la période intermédiaire à laquelle nous avons fait allusion tout à l'heure.

A. Signalons, en premier lieu, l'absence ou la diminution très fréquente du *sommeil* pendant la nuit. Quand le sommeil a

lieu, il est agité par des rêves et des cauchemars, il est peu réparateur; en même temps que cette insomnie, on peut souvent remarquer la tendance à dormir après le repas.

B. Toujours on observe un changement de *caractère* et d'*habitudes;* c'est là le trait commun à tous les cas. Mais il y a lieu de considérer trois variétés : suivant que l'individu devient sombre, triste, chagrin, c'est la variété *dépressive;* ou, au contraire, gai, expansif, entreprenant, ambitieux, c'est la variété *expansive;* ou enfin, suivant que le trouble des facultés se traduit par un abaissement lentement progressif du niveau intellectuel, par un commencement de démence, c'est la variété *débile*.

Disons de suite que chacun de ces trois types se rencontre rarement isolé pendant toute la période prodromique.

Disons encore, pour en finir avec les généralités, que le caractère antérieur du sujet n'a le plus souvent aucun rapport avec le caractère nouveau que provoque l'incubation : tel individu qui était ordinairement triste et peu communicatif deviendra grand parleur et grand rieur; c'est précisément ce changement qui est curieux à observer et qui peut mettre sur la voie du diagnostic; d'autres fois, cependant, le caractère nouveau n'est que l'exagération des tendances antérieures du sujet.

L'étude du changement de caractère prodromique de la paralysie générale a été faite par Brierre de Boismont; elle a été de sa part l'objet d'une importante communication à l'Académie des sciences.

M. le professeur Lasègue a aussi très bien étudié cette question.

Bayle, qui se refuse à admettre la mélancolie parmi les symptômes de la paralysie générale confirmée, admet que la dépression morale est fréquemment un phénomène précurseur de la paralysie générale. « Certains malades, dit-il, perdent la gaieté, deviennent moroses, sombres, tristes, rêveurs, taciturnes, incapables de tout travail; ils ont des craintes sans cesse renaissantes sur leur santé, ils se plaignent d'éprouver toutes sortes de douleurs; ils consultent d'abord une foule de médecins et ensuite des charlatans et des commères. »

Doutrebente dit que dans la période prodromique de la paralysie générale la tendance à la dépression et aux idées mélancoliques paraît être constante.

C. Au point de vue de la *sensibilité affective*, il se produit aussi

des changements considérables dans la période d'incubation : telle personne qui était chère devient brusquement ou peu à peu odieuse; tel individu qui trouvait préalablement dans sa famille la joie et le bonheur n'est plus assidu au foyer domestique, parce que sa femme et ses enfants lui deviennent étrangers; tel autre qui était auparavant homme du monde, qui allait tous les jours en soirée, tombe dans l'excès contraire et fuit la société.

En un mot, les changements de caractère les plus variés peuvent se rencontrer : la tournure des idées, l'appréciation des événements deviennent défectueuses. Il est une remarque que nous avons faite et que nous soumettons à l'interprétation des philosophes : c'est que jamais les individus menacés de paralysie générale ne deviendront méchants ou cruels par le fait de leur maladie; ils deviennent détestables, méticuleux, exigeants, injustes, colères, mais rarement vindicatifs et jamais cruels.

Dans une autre forme que nous avons appelée la forme *expansive*, on observe la contre-partie de ces troubles variés que nous venons de signaler; mais il y a cependant quelques traits communs : ainsi la fréquence des colères sans motifs suffisants. Les individus qui deviendront sous peu paralytiques se mettent en colère pour les sujets les plus insignifiants, Ces colères sont violentes, instantanées, mais elles disparaissent aussi vite qu'elles naissent. Un individu devenu plus tard paralysé général se mettait souvent en fureur contre son enfant parce qu'à table il redemandait deux fois des pommes de terre. L'existence de ces troubles est un des signes précieux au point de vue du diagnostic.

Dans certains cas, le caractère se modifie de la façon suivante : l'individu qui était primitivement sombre, concentré, peu communicatif, se déride, il met tout le monde au courant de ses projets, de ses idées, de sa manière d'être; il est content de tout, tout est pour le mieux; il devient bienveillant, philanthrope, met en avant des idées généreuses sans les exécuter, fait des promesses, assure son concours et sa protection, fait des dépenses exagérées, donne des dîners, entre facilement en relations avec des étrangers, devient loquace, fait des jeux de mots, son esprit paraît même dans certains cas acquérir plus de vivacité.

M. Moreau prétend qu'à la période prodromique l'intelligence jette parfois un éclat que rien n'aurait pu faire soupçonner auparavant. Nous pensons que cette période d'éclat, quand elle existe, n'est jamais de longue durée.

D. D'autres individus conçoivent des *projets ambitieux*, font de grandes entreprises dont le succès ne serait pas impossible, mais qui, étant mal dirigées, échouent misérablement; ils se livrent à des spéculations hasardeuses, et les pertes de fortune qui en résultent sont souvent regardées par le public comme les causes d'un dérangement intellectuel qui préexistait depuis longtemps. D'autres font des voyages, visitent les grands personnages pour le seul plaisir de les voir; ils écrivent des lettres à une foule de personnes qu'ils avaient négligées jusqu'alors, écrivent même des mémoires en cachette; bref, déploient une activité exagérée et sans but déterminé.

E. Ces individus sans aucune affaire sont toujours *affairés;* ils sont en mouvement perpétuel, font de longues courses à travers la campagne, marchent avec rapidité et sans but. Nous en avons connu un qui se levait à deux heures du matin pour aller se promener dans les champs, qui rentrait, puis ressortait jusqu'à ce que le soir arrivât; il n'était sans doute pas sensible à la fatigue et au manque de sommeil, car il a mené cette existence pendant plus de trois mois, jusqu'au jour où une attaque de congestion cérébrale vint mettre un terme à cette stérile activité et annonça le début de la paralysie générale confirmée.

F. Quelque chose de fort curieux à observer, c'est le *changement dans les occupations* ordinaires de la vie. Tel individu qui aimait beaucoup la littérature laisse de côté les livres et s'amuse à jardiner, ou bien il deviendra tourneur; tel autre se mettra à l'âge de quarante ans à apprendre le violon. Ils peuvent néanmoins continuer à remplir les devoirs de leur profession, et dans le monde on met sur le compte d'une simple originalité de caractère ce qui est une marque de début du trouble de l'intelligence.

G. Un fait qui s'observe fréquemment à la période prodromique de la paralysie générale, c'est l'exagération dans les *besoins de boire et de manger*. Les individus mangent comme quatre, c'est une expression qu'ils emploient souvent, et leur appétit pour les boissons excitantes est en rapport, il atteint

même les proportions d'une véritable dipsomanie; ils peuvent ainsi devenir alcoolisés. Mais ils étaient menacés de paralysie générale avant d'être dipsomanes; c'est ce qu'il ne faut pas perdre de vue. Il ne faut pas dire que c'est l'abus des boissons alcooliques qui amène alors la paralysie générale; cet abus est certainement fâcheux pour le développement de la maladie; la dipsomanie, après avoir été un effet, devient cause, et d'autant plus efficace, que ces sujets paraissent mal supporter les excitants alcooliques. Ainsi, un homme que nous avons connu arrivait à être surexcité, dans la première période de l'ivresse, après avoir pris un simple verre de vin.

Un autre instinct qui acquiert souvent des proportions extraordinaires pendant la période prodromique, c'est celui de l'*activité génésique*. Les individus deviennent insatiables, au grand étonnement de leurs épouses, qui finissent bientôt par s'inquiéter de ces manifestations insolites; elles font alors aux médecins des confidences incroyables. Nous connaissons un homme qui poursuivait partout sa femme de ses sentiments hyperaffectueux; en voiture, derrière les portes, il voulait la forcer à des rapports conjugaux.

D'autres, ne trouvant pas chez eux une satisfaction suffisante, deviennent coureurs et débauchés; ainsi tel père de famille, qui jusqu'alors avait été un modèle de fidélité conjugale, sort souvent de chez lui pour aller dans des maisons de prostitution.

D'autres commettent des actes que la moralité la plus élémentaire réprouve : ils ressemblent à ces vieillards libertins et atteints d'un certain degré de démence, dont M. le professeur Tardieu a analysé les actes.

D'autres tiennent des propos orduriers en désaccord avec leurs habitudes antérieures. Chez les femmes, les mêmes modifications s'observent. Dans certains cas plus rares, on observe une frigidité prématurée.

II. Il arrive souvent que l'individu devient d'un *égoïsme* révoltant; il ne parle que de lui, ne pense qu'à lui, le mot *je* se trouve à chaque instant dans sa bouche; tout ce qui n'a pas rapport à sa personne lui devient absolument étranger et indifférent. Dans une conversation, semblable au personnage de La Bruyère, il rit, il crie, il éclate; il ne s'apaise et il ne revient de ce grand fracas que pour bredouiller des vanités et des sot-

tises; il blesse, à son insu, par des paroles inopportunes et désobligeantes, tous les membres de la société qu'il fréquente; la parole n'est que pour lui; il écoute d'un air distrait tout ce qu'on lui raconte; aussi devient-il insupportable, l'esprit de conversation en société consistant bien moins à en montrer beaucoup qu'à en faire trouver aux autres.

Dans ses manières, il n'a aucun égard pour les personnes avec qui il se trouve; les bienséances sont pour lui lettre morte. Comment, en effet, la véritable politesse, cette fine fleur de la sensibilité, pourrait-elle s'associer avec cet égoïsme? Cette perversion des instincts de sociabilité se traduit de bien d'autres manières; mais nous avons insisté à dessein sur ces changements d'habitudes et de façons dans les rapports sociaux, parce qu'ils frappent de prime abord les personnes qui connaissaient les individus sous un jour tout différent.

I. Nous avons eu soin de dire que, quelle que soit la forme du trouble mental à la période prodromique, on peut, dans un certain nombre de cas, avec beaucoup d'habitude, saisir certains caractères de *débilité intellectuelle*. Cette débilité se traduit par des inconséquences dans les actes et dans les paroles; ainsi, un individu payera d'une façon excessive un commissionnaire qui lui aura rendu service et refusera de payer à son domestique habituel les dettes les plus légitimes; tel autre, pour acheter ce dont il n'a pas besoin, vendra tout ce qui lui est nécessaire; tel autre sera d'une avarice sordide dans certaines circonstances et ira en même temps de magasin en magasin pour acheter des objets d'une utilité secondaire. Nous appelons l'attention sur ces achats inconsidérés; on les observe dans presque tous les cas où la maladie a une période prodromique.

J. On apprend que les fous paralytiques ont commis des *vols* à la période prodromique, vols dont les caractères spéciaux devraient éclairer la justice.

Les individus ne se rendent, la plupart du temps, pas compte de leur état. Dans la variété dépressive, il arrive qu'ils s'inquiètent de leurs changements d'humeur et qu'ils viennent confier leurs chagrins et leurs appréhensions à des médecins : « J'ai peur, disent-ils, de devenir fou; je sens bien que ma tête se trouble, que mes idées s'égarent, que je perds ma mémoire, etc. » Mais dans la variété expansive, le sujet ne se croit pas menacé

d'être malade. Bien loin de là, il prétend ne s'être jamais si bien porté, et les personnes les plus autorisées ne pourraient pas le convaincre de sa maladie prochaine ; ses actes d'indélicatesse, les inconséquences, les excentricités qu'il commet, il les explique comme il peut, mais toujours d'une façon insuffisante ; le plus souvent, d'ailleurs, il les oublie. Les familles, par contre, s'aperçoivent bien vite de toutes ces manifestations nouvelles ; après avoir usé en vain de la persuasion et des remontrances, elles finissent le plus souvent par subir avec résignation un long martyre, en tâchant de pallier tous les désordres commis, d'étouffer les plaintes des personnes lésées, d'arrêter les poursuites de la justice ; mais rarement elles se décident à mettre sur le compte d'un commencement de folie cette conduite incompréhensible, et bien plus rarement encore elles consultent les médecins.

Le public, de son côté, parle de toutes ces singularités ; la conduite de M. X... devient le sujet des conversations, on en rit, on s'en amuse, et personne ne voit la gravité du mal et les indications pressantes qu'il y aurait à remplir.

K. Étudions maintenant la forme *débile* proprement dite, c'est-à-dire cette forme dans laquelle on n'observe pas ces traits saillants, ces excentricités et ces changements de caractère brusques et si facilement appréciables que nous venons de signaler. Dans la forme débile, il n'y a d'habitude que les personnes qui sont en rapport journalier avec les individus qui s'aperçoivent au début du changement qui s'opère ; elles remarquent que l'intelligence baisse peu à peu : c'est là l'expression employée.

La faculté qui est ordinairement la première atteinte, c'est la mémoire. La mémoire des choses récentes disparaît tout d'abord ; le souvenir des faits anciens, au contraire, peut se conserver avec une certaine vivacité et une fidélité suffisante. L'individu oublie ce qu'il a fait la veille, ce qu'il a fait une heure avant, quand ce sont des choses de peu d'importance ; il se souvient mieux, au contraire, de ce qu'il a fait autrefois.

Cette diminution de mémoire se traduit dans le langage articulé par divers caractères : ainsi le sujet cherche ses mots ; de là la lenteur de la parole, la difficulté à trouver le mot propre. Il dit quelquefois un mot pour un autre, ce qui donne à son

discours un caractère décousu; ou bien, ne trouvant pas le mot propre, il le remplace par le mot *chose*, *machine*.

Quelquefois des mots essentiels au sens de la phrase sont omis; quelquefois, enfin, l'idée à émettre est oubliée, et l'individu ou bien avoue qu'il ne sait plus ce qu'il veut dire, ou bien termine brusquement sa phrase, ou bien hésite un instant, cherche sa pensée, et ne la trouvant plus, se contente de prononcer le mot *chose*, qui finit la phrase sans lui donner de signification.

Ce sont les noms propres qu'il oublie tout d'abord, parce que les noms propres ne constituent qu'une notion contingente, qui se fixe moins dans le souvenir qu'une idée générale.

L. L'attention de ces individus ne peut pas être suffisamment fixée; aussi quelquefois ne répondent-ils pas aux questions qu'on leur adresse, ou du moins ils ne répondent pas d'une façon appropriée; de là des quiproquos qui font bientôt mourir toute conversation. Quand ils écrivent, ils oublient des mots, des syllabes, des lettres même; c'est là un signe d'une certaine valeur diagnostique. Dans cet état d'incubation, les individus ne peuvent plus se livrer à un travail continu, ils n'ont plus d'esprit de suite.

De ce trouble dans la mémoire, de ce manque d'attention résultent certains actes qui sont mentionnés d'une façon presque constante parmi les renseignements que les familles donnent plus tard. Ainsi le début de la maladie se traduit chez les femmes par l'inaptitude aux soins du ménage. « Depuis quelque temps, dit le mari, ma femme ne fait plus bien son ménage et oublie de préparer le repas. » Et cela n'a rien d'étonnant, si l'on songe au nombre considérable de détails dont l'ensemble harmonieux et opportun constitue les soins de l'intérieur. Il est plus difficile pour une femme, à la période prodromique, de bien faire son ménage que de faire des calculs relativement compliqués.

Les individus se perdent aussi dans leurs calculs, rendent trop ou pas assez de monnaie à leurs clients, confondent des pièces d'or avec des pièces de vingt sous.

Le jugement subit la même atteinte que la mémoire, le raisonnement perd de sa précision; tout s'enchaîne, en effet, dans ce qui a rapport aux phénomènes intellectuels : une diminution

de la mémoire ne peut pas ne pas entraîner une certaine débilité dans les diverses opérations de l'esprit.

Il résulte de tout cela que les individus ne sont bientôt plus aptes à remplir les devoirs de leur profession, quand elle exige un travail assidu, attentif et régulier. Ils oublient tels et tels détails, les heures de service; on remarque bien vite, chez les militaires entre autres, cet oubli des heures, qui contraste avec la régularité qui leur était auparavant habituelle; l'adresse professionnelle est également diminuée.

On peut voir, d'après cette énumération des prodromes de la folie paralytique ou paralysie générale des aliénés, qu'il y a sinon une similitude complète, du moins une grande analogie entre ces manifestations et celles qui précèdent l'invasion de la folie simple ou vésanique. Pour avoir une certitude absolue à ce sujet, nous avons réuni un nombre considérable d'observations de folie simple, vésanique, et un nombre à peu près égal d'observations de folie paralytique. Toutes ces observations, recueillies par nous-même avec soin, portent sur les renseignements donnés par les familles des malades, alors que la folie n'est pas encore déclarée. Or, en inscrivant sur deux tableaux tous ces renseignements, de telle façon que l'un de ces tableaux relate tous les prodromes de la folie simple ou vésanique, tandis que sur l'autre sont portés tous les prodromes de la folie paralytique ou paralysie générale, nous avons pu nous convaincre que ces deux tableaux se ressemblent sensiblement.

M. Briand parle du signe du cubital qu'il a spécialement étudié. Pour lui, ce signe n'a aucune valeur diagnostique, parce qu'il n'apparaît qu'à une période avancée de la maladie où sa constatation est inutile, qu'il s'observe très irrégulièrement, et que, quand il existe, il ne peut être convenablement apprécié, en raison de l'état mental des malades. La démence où ceux-ci sont tombés ne leur permet pas, en effet, de dire ce qu'ils éprouvent quand on leur comprime le nerf cubital.

Il met en doute l'exactitude du diagnostic dans les faits relatés par M. de Perry.

Parlant de la question des pseudo-paralysies générales, il pense qu'elle a suscité purement une querelle de mots plutôt qu'une querelle d'idées, car tout le monde, en somme, s'accorde

à reconnaître qu'il existe des syndromes capables de simuler la paralysie générale.

Il a été longtemps réfractaire à admettre la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. Finalement, il n'est pas éloigné de penser là dessus comme M. Régis, en voyant que la plupart des paralytiques sont d'anciens syphilitiques. Il trouve, du reste, un argument en faveur de l'origine infectieuse de la paralysie générale dans l'apparition, au cours de cette maladie, de poussées fébriles, parfois intenses, avec le cortège symptomatique des infections.

M. Doutrebente : « Je tiens à rappeler à M. Garnier, à propos du parallélisme qui existerait entre l'alcoolisme et la paralysie générale, et de leurs relations de cause à effet, que déjà au Congrès de médecine mentale de Paris j'ai soutenu la théorie contraire, et que plusieurs médecins de la province, M. Taguet entre autres, se sont levés et ont déclaré que dans leur pays les alcooliques étaient en grand nombre, alors que la paralysie générale était une rareté.

A propos du rapport de M. Arnaud, M. Garnier pense que la démence totale globale est nécessaire et constante dans la paralysie générale. Qu'il me permette de dire que, dans ce cas, il ne doit plus être question de diagnostic différentiel; c'est au début, à la période où la mémoire peut être surexcitée ainsi que d'autres opérations cérébrales, comme M. Régis l'a si bien démontré dans son mémoire sur la dynamie fonctionnelle au début de la paralysie générale.

Dans la période pré-paralytique à forme neurasthénique, M. Régis a démontré que Morel, dans son délire émotif, avait pensé à signaler la possibilité d'établir le diagnostic différentiel avec la paralysie générale au début. Je dois ajouter qu'il y a vingt-sept ans, dans ma thèse, j'ai parlé d'une période de mélancolie hypocondriaque consciente avant l'apparition de symptômes évidents de paralysie générale. M. Voisin, dans son *Traité de la paralysie générale*, et aussi Mickle, m'en ont attribué la priorité; je n'arrive qu'en seconde ligne, ayant évidemment profité de l'enseignement de mon maître Morel.

Au Congrès de Clermont-Ferrand, j'ai d'ailleurs signalé le même fait en déplorant les fâcheux résultats de l'intervention

hydrothérapique dans la neurasthénie pré-paralytique, et un médecin hydrothérapiste de Brioude vint déclarer qu'en effet il avait observé des cas de congestions cérébrales survenant immédiatement après la douche dans la neurasthénie pré-paralytique.

M. Cullerre constate que la paralysie générale augmente dans les campagnes. D'après ses observations, cette augmentation ne paraît pas devoir être attribuée aux progrès de l'alcoolisme; elle lui semble plutôt liée à l'extension croissante de la syphilis. Un bon nombre des malades qu'il a eus à soigner étaient d'anciens syphilitiques. Il admet que la paralysie générale d'origine syphilitique diffère quelque peu, dans ses symptômes, de la paralysie générale classique. Enfin, il estime que, d'ailleurs, des agents de nature diverse interviennent pour produire la paralysie générale.

M. Giraud : « Messieurs, il résulte de la discussion, et M. Arnaud l'avait déjà exposé dans son rapport, que, si dans la majorité des cas le diagnostic de la paralysie générale est facile, ce diagnostic peut, dans certaines circonstances, être fort difficile. Tous ceux qui ont une pratique assez longue des maladies mentales ont été aux prises avec cette difficulté de diagnostic et, dans certains cas, ont commis des erreurs.

J'ai vu un malade qui présentait la démence et l'embarras de la parole des paralytiques, et, à l'autopsie, on a trouvé une gomme du cerveau siégeant dans la troisième circonvolution frontale gauche. J'ai actuellement dans mon service une femme qui a été admise une première fois présentant les symptômes de la mélancolie, sans embarras de la parole et sans troubles apparents de la motilité. Elle est sortie paraissant guérie de son accès de mélancolie, et, l'année suivante, elle a été réintégrée présentant les symptômes de la paralysie générale. Evidemment, l'accès de mélancolie était une période de début de la paralysie générale, une rémission s'était produite, et la maladie avait ensuite repris sa marche progressive.

Comment peut-on éviter de semblables erreurs de diagnostic? Je crois qu'il serait fort intéressant de publier les observations où des erreurs de diagnostic ont été commises. On pourrait, sans doute, y trouver un enseignement pour l'avenir.

Accessoirement, je signalerai un fait que j'ai constaté et dont je serais fort embarrassé de donner l'explication. Il y a vingt ans, quand j'étais médecin-adjoint de l'Asile de Quatre-Mares, on observait très fréquemment chez les paralytiques un grincement de dents, faisant un bruit qu'on entendait à une assez grande distance, et amenant parfois de l'usure des dents. Très souvent aussi les paralytiques alités avaient, par suite de contracture des sterno-mastoïdiens, une attitude toute spéciale.

Mon collègue, le Dr Delaporte, observait ces mêmes phénomènes quand il était médecin-adjoint à Saint-Yon. Ces symptômes n'avaient pas un intérêt très grand au point de vue du diagnostic, parce qu'ils n'apparaissaient qu'à une période avancée de la maladie, par conséquent, à un moment où le doute n'était plus possible.

A l'Asile de Fains, j'ai vu diminuer peu à peu le nombre des paralytiques grinçant des dents, et quand je suis revenu dans la Seine-Inférieure, je n'ai plus trouvé à Saint-Yon qu'une malade grinçant des dents, et encore ce n'était point une paralytique. A Quatre-Mares, mon collègue, le Dr Delaporte, n'observe plus comme moi que très rarement le grincement des dents chez les paralytiques, et la contracture des sterno-mastoïdiens a également diminué de fréquence. Il est curieux de constater aujourd'hui cette rareté de deux symptômes communs autrefois chez les paralytiques, bien que la paralysie générale n'ait pas diminué de fréquence.

M. Robert : *Note sur le diagnostic différentiel entre l'hystérie et la paralysie générale.*

Dans son très intéressant et remarquable rapport, le Dr Arnaud a consacré un paragraphe à l'étude du diagnostic différentiel entre l'hystérie et la paralysie générale et à celle de l'association hystéro-paralytique.

J'ai étudié, dans ma thèse inaugurale, les rapports de l'hystérie et de la paralysie générale, et je crois devoir faire part au Congrès des conclusions de mon travail, d'autant plus que la question est encore obscure.

Je ne ferai que mentionner les rapports de l'hystérie et de la paralysie générale et je m'attacherai surtout au diagnostic entre les deux affections.

La question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale comporte deux termes :

1° Leur association ;

2° Leur distinction.

L'association hystéro-paralytique, à son tour, doit être envisagée sous deux aspects différents, suivant que la paralysie générale se développe chez un individu préalablement hystérique, ou que des crises hystériques surviennent chez des malades déjà paralytiques et indemnes auparavant de toute tare névropathique.

On ne rencontre que rarement l'hystérie parmi les antécédents soit personnels, soit héréditaires, des paralytiques généraux. La statistique que contient mon travail, faite, d'après les paralytiques générales internées à l'asile de Château-Picon, donne un pourcentage de quatre. De plus, dans ces cas d'association hystéro-paralytique, l'hystérie imprime à la paralysie générale une allure particulière : marche rémittente, durée plus longue que d'habitude; existence d'un délire hystérique avec hallucinations de la vue; caractère fantasque des malades au lieu du caractère apathique habituel des paralytiques. En un mot, à côté de la paralysie générale existent des manifestations hystériques qui donnent à l'affection cérébrale un cachet particulier, mais qui peuvent aussi la masquer.

Par contre, les crises hystériques survenant chez des malades déjà paralytiques, et qui n'en avaient jamais présenté avant le début de l'affection cérébrale, sont aussi fréquentes que l'hystérie préexistante est rare. Je les ai notées chez quatre paralytiques générales seulement; mais mon maître, M. Régis, a bien voulu me communiquer plusieurs observations de faits semblables; et je reste persuadé que si on se livrait à une recherche systématique de ces accidents, on les noterait bien plus souvent.

Manifestations certainement bruyantes, mais n'ayant pas le caractère alarmant des attaques épileptiformes, elles peuvent passer inaperçues des infirmiers ou de la famille, ou ne retiennent pas leur attention. Chez les malades où j'ai pu les observer, c'est le hasard qui m'a servi, les attaques s'étant produites au moment de mon passage dans les quartiers de l'asile.

Quelle est la nature de ces accidents?

Ils ont l'apparence des manifestations de la petite hystérie, ils peuvent cesser par la compression des zones hystérogènes; mais je ne crois pas cependant qu'ils soient de nature hystérique. Ce sont des phénomènes symptomatiques de lésions organiques, à forme hystérique; ce sont des phénomènes hystériformes. Ils se produisent à toutes les périodes de la paralysie générale, et dans deux de mes observations ils ont été le premier signe apparent par qui s'est manifestée l'affection cérébrale. Nous voyons donc encore dans ces cas un motif de confusion, et une paralysie générale au début, pouvoir être méconnue, masquée par ces manifestations hystériques.

Mais à côté de ces cas d'association hystéro-paralytique il en est d'autres, rares, il est vrai, où l'hystérie peut simuler la paralysie générale. Nous avons pu en observer un, M. Régis nous a donné l'observation d'un autre.

De cet exposé, il résulte qu'on peut :

1° Méconnaitre une paralysie générale survenant chez une personne hystérique, masquée qu'elle sera par les manifestations de la névrose, et ne voir que de l'hystérie alors qu'il y a une association hystéro-paralytique.

2° Prendre simplement pour de l'hystérie ces attaques hystériformes qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, mais qui souvent sont une des premières manifestations de l'affection organique appelant l'attention. On évitera l'erreur en se souvenant que ce ne sont que des phénomènes hystériques symptomatiques ; aussi, si l'on voit une personne, jusque-là indemne de toute tare névropathique, les présenter vers l'âge adulte, doit-on se méfier et craindre voir apparaître tôt ou tard des signes d'affection organique cérébrale.

3° Voir une paralysie générale alors qu'il n'y a que de l'hystérie la simulant.

Aussi le diagnostic différentiel entre l'hystérie et la paralysie générale doit-il reposer sur les deux propositions suivantes :

1° Le malade est-il hystérique?

2° Tout chez lui est-il d'origine hystérique ou bien n'y a-t-il qu'une association d'hystérie et de paralysie générale?

La réponse à la première question est facile si l'on a soin de rechercher les antécédents personnels et héréditaires du malade, ainsi que les stigmates de la névrose.

Dire si le complexus morbide tout entier relève de l'hystérie est chose moins facile. Ce n'est que par une analyse délicate des divers symptômes que l'on pourra se faire une opinion ; et encore, dans beaucoup de cas, le résultat en sera-t-il négatif et la marche seule de la maladie pourra-t-elle donner quelque indication.

1° Le tremblement hystérique est variable ; très marqué aujourd'hui, il peut être à peine sensible au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Il est fugace ; il peut disparaître complètement avec une brusquerie inconnue dans la paralysie générale ; les émotions, la fatigue semblent l'augmenter.

2° L'embarras de la parole consiste plutôt en un bégayement qu'en ce caractère de bredouillement, de lenteur, de monotonie qui caractérisent celui de la paralysie générale. Il est lui aussi variable, suivant les jours et les moments de la journée ; il est passager.

3° Le facies immobile, hébété, de la paralysie générale peut se retrouver dans l'hystérie simulatrice ; mais il présente lui aussi ces caractères de variabilité que présentent tous les phénomènes hystériques.

4° L'état mental des hystériques ne ressemble que superficiellement à celui des malades atteints de paralysie générale. La *démence* n'existe pas dans la névrose.

« C'est, comme l'a dit le Dr Arnaud dans son rapport, un véritable stigmate paralytique. Les hystériques peuvent avoir de l'amnésie, mais c'est une amnésie particulière ; tout un coin de souvenirs disparaît alors que le reste est intact.

5° Quant aux troubles oculaires, les réflexes de l'iris ne sont jamais altérés dans l'hystérie.

Cependant, il est des cas, surtout quand on se trouve en présence de certaines hystéries, reconnaissant pour cause une infection, la syphilis par exemple, où il est très difficile de pouvoir reconnaître les caractères des phénomènes hystériques, leur variabilité. Les malades se présentent avec de l'obnubilation des facultés intellectuelles, de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et des mains, de l'embarras de la parole, sans que rien dans les symptômes permette de les distinguer des symptômes de la paralysie générale. C'est dans ces cas que la marche de la maladie viendra en aide au diagnostic. Si l'on voit disparaître les troubles paralytiques et l'affection guérir, c'est seule-

ment alors qu'on pourra affirmer qu'on n'avait pas devant soi une paralysie générale, qui est une maladie progressive. On ne meurt pas d'hystérie, mais on meurt presque toujours de paralysie générale.

En résumé, l'hystérie peut coexister avec la paralysie générale ou la simuler. Dans un cas, les manifestations hystériques peuvent cacher l'affection organique, dans l'autre en prendre le masque; mais, dans les deux cas, il est nécessaire de faire un diagnostic différentiel.

M. Arnaud : « Je suis heureux de remercier tout d'abord et très cordialement nos confrères de leur flatteuse courtoisie envers le rapport et le rapporteur. Puis, je répondrai brièvement aux principales objections qui m'ont été opposées.

MM. Régis et de Perry pensent que j'ai trop réduit la fréquence de la paralysie générale *sans délire,* et ils nous ont présenté une série d'observations où manquent, non seulement *le délire,* mais parfois aussi *la démence.* Je ne puis que répéter ce que j'ai longuement développé dans mon rapport, à savoir que si l'on doit admettre des cas de paralysie générale *sans délire* ou, plus exactement, des cas dans lesquels le délire, très effacé, ne se montre qu'à titre d'épisode transitoire, il est impossible d'accepter une paralysie générale *sans aliénation, sans démence,* dont l'existence n'a jamais été démontrée. Sur ce dernier point, je suis d'accord avec la tradition et avec l'immense majorité des auteurs contemporains qui font entrer la démence dans la définition même de la paralysie générale ou *démence paralytique.* Les malades de MM. Régis et de Perry n'étant pas des déments, le diagnostic de paralysie générale ne saurait être admis qu'en présence de la vérification anatomique, de l'autopsie. Or, on ne nous apporte pas cette démonstration. Je rappellerai à ce propos le fait si intéressant de Foville. Cet aliéniste éminent avait affirmé jusqu'à la fin la paralysie générale chez un malade de Charenton; l'autopsie révéla de simples lésions syphilitiques en foyer. Et ce malade, qui n'était en aucune façon un paralytique, n'en figure pas moins dans un travail de Colin sur les rapports de la paralysie générale et de l'hémorragie cérébrale[1].

1. Foville, *Rapports entre la syphilis et la paralysie générale;* Annales médico-psychologiques, 1879.

Je suis très convaincu, pour ma part, que la notion de paralysie générale a été obscurcie depuis longtemps par l'introduction dans son cadre de faits disparates. La nécessité d'une revision s'impose à tous aujourd'hui, la solution ne sera fournie que par la méthode anatomo-clinique. Il faut rétrécir ce cadre trop vaste, n'appliquer le même terme qu'à des faits semblables, et, pour les cas douteux, comme ceux que rapportent MM. Régis et de Perry, exiger le contrôle de l'autopsie.

Il est si difficile de contenter tout le monde... et ses confrères, que M. Garnier me ferait volontiers le reproche inverse de celui qui m'est adressé par M. Régis, c'est-à-dire de n'avoir pas insisté suffisamment sur l'intensité, sur l'étendue, sur le caractère *global* de la démence paralytique. J'ai sans doute mal réussi à dépeindre la *démence paralytique* avec les caractères qui, à mon avis, la distinguent des autres démences, soit organiques, soit vésaniques; mais j'en méconnais si peu l'importance que j'y reviens presque à toutes les pages de mon rapport, et que je la considère comme l'élément essentiel du diagnostic, comme un véritable *stigmate paralytique*.

J'ai complètement laissé de côté, dans mon travail, l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Aussi, de l'intéressante note de M. Pétrucci, ne retiendrai-je qu'un seul point : M. Pétrucci semble admettre une variété de paralysie générale consécutive à l'athérome cérébral; les faits ne sont pas favorables à cette hypothèse. J'ai rappelé des travaux autorisés, démontrant que l'athérome cérébral fait autre chose que de la paralysie générale, et j'ai consacré un chapitre au diagnostic clinique de ces deux états morbides et à leur combinaison possible.

Enfin, M. A. Voisin nous a rappelé des faits connus qui s'observent parfois à la *période prodromique* de la paralysie générale. Ces faits méritent de fixer l'attention, leur recherche ne doit pas être négligée; mais malheureusement ils ne sont pas propres à la paralysie générale, ils ne constituent pas de véritables éléments de diagnostic. Je constate avec regret que les faits rappelés par M. Voisin ne m'obligent pas à modifier cette phrase découragée de mon rapport : « A la *période prodromique*, la paralysie générale peut être *soupçonnée*, mais on n'a pas donné de signes permettant de l'affirmer. » La recherche de ces signes est plus que jamais l'indication à remplir.

M. Pitres ne veut pas intervenir longuement dans la discussion. Il se borne à constater que les médecins des hôpitaux ordinaires voient dans leurs services beaucoup plus de paralytiques généraux sans délire que n'en voient les aliénistes. Les paralytiques généraux ne sont effectivement envoyés dans les asiles que si le délire les rend impossibles à garder dans les hôpitaux. Il a eu maintes fois à faire des autopsies de paralytiques non délirants et y a constaté les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

Après ces observations de **M. Pitres**, personne ne demandant plus la parole, la discussion est close et M. le Président remercie **M. Arnaud**.

La parole est donnée à **M. Mossé**, qui communique le fait suivant, dont l'histoire a été rédigée par **M. Cavalié**, interne de son service.

Tumeurs multiples de l'encéphale et de la moelle allongée.

(Neuro-fibromatose centrale (?)

Homme de quarante-deux ans, sans diathèses ni antécédents pathologiques. sauf des céphalalgies intermittentes devenues continues depuis un an. Dans ces derniers temps, vertiges, éblouissements, incertitude de la marche et chutes accompagnées de quelques mouvements convulsifs.

Au moment de l'entrée à l'hôpital (18 mars 1897), torpeur intellectuelle très marquée, léger embarras de la parole, faiblesse générale. Gêne des mouvements de la tête un peu entraînée en arrière. Parésie faciale droite. Douleurs dans la zone d'innervation du trijumeau du même côté.

Troubles de la marche, parfois interrompue par des chutes ou par des crises d'aspect épileptoïde (pas de cri initial, chute, quelques mouvements convulsifs, pas d'abolition complète ou abolition très courte de la conscience). Ces crises ne surviendraient jamais pendant la nuit; elles se montrent seulement quand le malade marche, se tient debout ou se lève sur son lit. Mais ces divers mouvements ne les provoquent pas toujours; elles sont souvent précédées immédiatement d'une sensation de vertige, d'obnubilation de la vue, d'augmentation de la douleur occipitale, parfois même d'hallucinations de la vue, constituant une sorte d'*avertissement* auquel le malade ne se trompe pas (aura ?)

Pas de pigmentation anormale du tégument, ni de tumeurs apparentes. Sensibilité générale cutanée conservée : anesthésie absolue de

la muqueuse buccale pharyngienne, épiglottique. Diminution très notable de la vue. A l'examen ophtalmoscopique fait par M. Vieusse : champ visuel rétréci à gauche, cécité complète à droite, névrite optique double avec hémorragies rétiniennes. Perte complète du goût. Ouïe conservée.

Pendant les quelques jours qui suivent l'admission du malade, ces divers symptômes s'aggravent rapidement. La paralysie faciale ainsi que l'hyperesthésie morbide de la zone du trijumeau s'accusent davantage, la torpeur intellectuelle s'accentue. Mort dans le coma le 29 mars, onze jours après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Rien de spécial à noter pour les organes *thoraciques et abdominaux*.

Rien de bien particulier sur les faces latérales et la surface convexe des *hémisphères cérébraux*.

Pas d'artério-sclérose. Vaisseaux d'aspect entièrement normal à la base de l'encéphale; le chiasma est légèrement refoulé par une saillie que forme le plancher du troisième ventricule distendu par du liquide céphalo-rachidien. Mais ce qui attire et retient immédiatement l'attention, c'est l'existence de nombreuses petites tumeurs disséminées sur toute la base de l'encéphale, la protubérance, la moelle allongée et d'une volumineuse « tumeur majeure » située dans le lobe latéral gauche du cervelet qu'elle déborde en haut et perfore en dessous, au niveau du sillon circonférentiel.

A. *Tumeur majeure.* — De couleur jaune ocracée, de consistance gélatineuse, de dimensions égales à celle d'une mandarine, cette tumeur, par son aspect macroscopique rappelant assez bien l'aspect et la consistance de la glu, donne l'idée d'un *volumineux gliome*. La pie-mère se continue à sa surface, où se voient de petits vaisseaux. A la périphérie, la tumeur se continue avec la substance du cervelet, dont le doigt la sépare en noircissant les adhérences.

B. *Petites tumeurs.* — En outre de cette tumeur majeure, on constate de très nombreux *nodules durs corticaux* ou *sous-corticaux* siégeant dans les autres parties du cervelet, les lobules du pneumogastrique et les pédoncules cérébelleux. On trouve aussi d'autres *petites tumeurs* indurées dont le volume varie de la grosseur d'une grosse tête d'épingle à un gros pois, sur le *bulbe*, *l'isthme de l'encéphale*, sur les parois des *ventricules latéraux*, *sur la cinquième temporale*, sur les bandelettes optiques, sur les *bandelettes* olfactives, le bulbe olfactif et sur plusieurs autres nerfs craniens au niveau de leur émergence (V^{e}, VIIe, IXe, X^{e}). La glande pituitaire est doublée de volume, indurée; la glande pinéale, très augmentée de consistance, offre la dimension et l'aspect d'un pois chiche.

La coloration de ces petites tumeurs est blanchâtre ou légèrement fauve, leur énucléation n'est possible que par la dilacération du tissu nerveux.

Examen histologique. — Pratiqué par M. le Dr Daunic, ancien chef des travaux au laboratoire de clinique.

La *tumeur majeure* présente les éléments constitutifs du gliôme, *réseau névroglique* à larges mailles, et *cellules de la névroglie*, nombreux vaisseaux à parois jeunes. Enfin, d'autres cellules plus grandes, à noyau volumineux, à protoplasma abondant granuleux, qui paraissent des éléments gliomateux, mais demandent à être encore étudiées.

Les *petites tumeurs* sont constituées essentiellement par de la névroglie formant une trame serrée, au lieu de larges mailles, au milieu de laquelle seraient quelques rares cellules névrogliques à gros noyau. La consistance des tumeurs est due au feutrage dense des fibriles provenant de la névroglie. Çà et là, mais surtout dans les coupes faites à la surface des petites tumeurs, se montrent des boules de myéline.

C. La coupe d'une tumeur siégeant sur la *bandelette olfactive gauche* et faisant corps avec elle au point où naissent ses trois racines, montre, au *milieu des fibres* de ce nerf dont plusieurs *sont dégénérées* (la dissociation avait déjà révélé la prolifération des noyaux avec aspect moniliforme de la myéline), le même feutrage très dense constitué par de la névroglie et les mêmes boules de myéline signalées dans les autres petites tumeurs.

D. On remarque ces mêmes éléments sur des coupes de la bandelette olfactive, sur une certaine étendue de sa continuité, alors que cette bandelette n'était pas déformée à l'œil nu.

L'étude du bulbe, de la protubérance, la relation histologique de ces petites tumeurs avec l'origine apparente des nerfs, ainsi que divers points exposés sommairement ici, seront exposés dans un travail ultérieur.

Réflexions. — Deux hypothèses paraissent possibles pour expliquer ce fait :

1° Il s'agit là d'un gliôme ayant débuté dans le cervelet et s'étant accompagné par une sorte de généralisation, une fois parvenu à son apogée, de la production de nombreuses petites tumeurs de même nature, en un mot, d'une sorte de *gliomatose diffuse* ayant pour point de départ le gliôme du cervelet. L'hypothèse est plausible, elle peut être défendue. L'histoire des sarcomes nous a d'ailleurs familiarisés avec des faits de ce genre.

2° Toutefois, une autre hypothèse peut être présentée. L'étude des lésions trouvées chez notre malade, d'après le résumé précédemment exposé, nous montre un processus ayant déterminé une prolifération du tissu conneetif de diverses régions du cerveau, de l'isthme, du cervelet et de la moelle allongée. N'est-on pas autorisé à penser qu'il s'est produit, sur les centres nerveux encéphaliques et les nerfs craniens, un travail du genre de celui qui frappe les nerfs périphériques dans la neuro-fibromatose généralisée ? Cette maladie, décrite par Recklinghausen et récemment étudiée chez nous par Landowski, Marie, Branca, Chauffard, Feindel, Delore, Oriot, est encore mal con-

nue. On englobe sous ce nom des affections différentes devant être séparées les unes des autres, comme on cherche actuellement à le faire. Notre malade, au point de vue des phénomènes psychiques, a présenté de nombreux points de contact avec certains malades dont Marie a rapporté l'histoire. Au point de vue clinique, il n'offrait aucun des signes de la triade symptomatique de la neuro-fibromatose *généralisée*. Il ne pouvait donc venir d'abord à l'esprit de le prendre, d'après ces troubles psychiques, comme un exemple de la maladie de Recklinghausen. Ajoutons que dans celle-ci d'ailleurs on n'a trouvé qu'exceptionnellement les nerfs cérébraux atteints. (Mordrejewski, 1882.)

Mais au début, quand on a constitué le type de l'artério-sclérose, on a d'abord pensé que la maladie était toujours généralisée; aujourd'hui, nous connaissons les artério-scléroses régionales et mêmes départementales. Ne pourrait-on admettre par analogie que, dans la maladie actuellement désignée sous le nom de *neuro-fibromatose*, le processus peut être tantôt *généralisé* à la périphérie, ce qui paraît le cas relativement le plus fréquent, tantôt cantonné sur certaines régions (névromes plexiformes), sur la peau ou même sur l'intestin (neuro-fibromes de l'intestin; Recklinghausen, Branca), ou enfin ne porter son action que sur le *système nerveux central* comme chez notre malade? Ne peut-on admettre que la névroglie, en un mot, puisse servir de point de départ à ce processus, comme le périnèvre, l'endonèvre ou l'épinèvre (Finotti). L'observation qui précède offrirait un exemple de ces cas paraissant exceptionnellement rares et dans lequel le processus de néoformation connective porterait sur le système nerveux central, soit comme lésion prédominante si notre hypothèse est justifiée, soit comme partie intégrante d'un processus de neuro-fibromatose généralisée, puisque Mordrejewski a vu plusieurs nerfs craniens affectés dans un cas de neuro-fibromatose généralisée typique[1]. Chez notre sujet, on peut être frappé de l'analogie que présente la tumeur majeure et les petites tumeurs du cerveau avec la tumeur majeure et les petites tumeurs décrites dans une observation récente de Delore. (*Gazette des hôpitaux*, 1896.)

La seconde hypothèse proposée pour interpréter ce fait — et on voit qu'elle offrirait alors une importance toute particulière au point de vue de l'histoire de la neuro-fibromatose — est donc qu'il s'agirait ici en quelque sorte d'un cas de neuro-fibromatose centrale. Mais nous ne la proposons que sous la réserve de ce que nous apprendra l'examen détaillé du bulbe, de la protubérance et des nerfs craniens, sur lequel nous reviendrons dans une étude ultérieure.

M. **Sabrazès** demande à M. Mossé s'il ne s'agirait pas d'un gliôme à noyaux multiples. Il conviendrait, pour s'en assurer,

1. *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1882, p. 508.

d'appliquer à la tumeur la méthode de Golgi, car, avant de conclure, il importe d'être bien fixé sur la nature histologique de ces tumeurs.

M. Mossé dit que l'examen histologique du bulbe et de la protubérance sera ultérieurement publié; il n'a donné que les premiers résultats portant sur les tumeurs du cervelet, du cerveau, du nerf et du bulbe olfactif.

M. Briand demande à son tour à M. Mossé si son malade présentait de l'affaiblissement intellectuel et des troubles de la parole. S'il pose cette question, c'est qu'il a observé que les lésions disséminées de l'encéphale, quelle que fût leur nature, à la condition qu'elles fussent diffuses, pouvaient donner lieu à un syndrome pouvant être confondu avec les signes cliniques de la péri-encéphalite chronique interstitielle diffuse.

M. Mossé répond qu'en effet son malade avait un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, de la lenteur dans l'idéation et aussi une hésitation très accusée de la parole; mais le malade n'avait aucun délire, et à l'autopsie on n'a retrouvé aucune des lésions classiques de la paralysie générale,

Après cette discussion sur la communication de M. Mossé, la séance est levée.

SÉANCE DU MARDI 3 AOUT (MATIN)

Présidence de M. RITTI.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

La lecture du procès-verbal de la précédente séance est faite par **M. Anglade**. Après l'adoption du procès-verbal, la parole est donnée à **M. Bézy** pour faire le résumé de son rapport sur la deuxième question : *Hystérie infantile.*

Ce résumé fait, la discussion est ouverte.

HYSTÉRIE INFANTILE

Discussion de la question et communications qui s'y rapportent.

M. Pitres dit : Je me garderai bien de nier la fréquence de l'hystérie chez l'enfant; cependant, je crois qu'il y aurait des inconvénients à vouloir en généraliser la fréquence, et je regrette, à ce propos, que dans son excellent rapport, M. Bézy n'ait pas mieux circonscrit l'hystérie infantile et ne l'ait pas séparée plus nettement de l'hystérie chez l'adolescent. Il y a chez l'enfant tout un groupe de symptômes qui peuvent à bon droit être rapportés à l'hystérie, et qui le seront immédiatement par les optimistes; mais les pessimistes se délieront de l'épilepsie, et l'embarras pour décider entre les uns et les autres sera d'autant plus grand que, comme l'a justement fait observer M. Bézy, la recherche des stigmates hystériques est entourée, chez l'enfant, de difficultés souvent insurmontables. A ce point de vue, les frayeurs nocturnes, l'incontinence d'urine et maints autres phénomènes du même genre ne peuvent être nettement interprétés du premier coup; il faut attendre l'évolution de la maladie, constater la répétition plus ou moins grande de ses symptômes, voir dans quelles conditions ils se reproduisent avant de les attribuer à tel ou tel groupe nosologique.

Il y a cependant des phénomènes que l'on doit du premier coup rattacher à l'hystérie. On est d'autant plus autorisé à le

faire que d'habitude ils surviennent inopinément à la suite d'une vive émotion, d'une frayeur, par exemple; tels sont notamment le bégaiement et certains petits tics des muscles de la face ou des membres qu'il ne faut pas confondre avec les grands tics convulsifs. Un traitement approprié, la suggestion, et divers adjuvants peuvent en avoir facilement raison. Il est d'autant plus important de savoir que ces accidents sont alors de nature hystérique, que si on méconnaît leur nature, si on les abandonne à eux-mêmes, on finit par les voir devenir incurables. Sans doute, ils ont en eux-mêmes peu de gravité, mais ils peuvent en acquérir par la gêne ou physique ou morale qu'ils imposent à l'individu à mesure que celui-ci avance dans la vie. C'est là un point de pratique sur lequel j'appelle instamment l'attention.

M. Cullerre : *De l'incontinence d'urine dans ses rapports avec l'hystérie infantile.*

« L'incontinence infantile d'urine est un phénomène d'origine psychique; c'est le signe d'un état mental incorrect. Dans un précédent travail[1], j'ai longuement insisté sur les analogies de cet état mental et de celui des hystériques. Depuis, une étude plus approfondie de la question m'a incliné à croire qu'il y avait lieu de pousser le rapprochement plus loin et que l'on pouvait poser en fait que l'incontinence infantile d'urine est ou une manifestation appartenant en propre à l'hystérie, ou une prédisposition formelle à cette maladie. C'est ce que je vais chercher à démontrer.

I. — L'étiologie de l'incontinence d'urine ne diffère pas de celle de l'hystérie. Elle se développe toujours sur un terrain préparé par l'hérédité. Chez les parents des incontinents, on retrouve l'hystérie sous ses diverses manifestations et l'incontinence elle-même; l'alcoolisme, les diverses formes de névropathie, et, à un degré moindre, les psychoses. Les hystériques infantiles ou juvéniles sont le plus souvent des déséquilibrés ou des dégénérés; il en est de même des incontinents, remarquables, comme les hystériques eux-mêmes, par le peu de cohé-

1. A. Cullerre, *l'Incontinence d'urine et son traitement par la suggestion.* (Archives de neurologie, 1896, n° 7.)

sion de leur personnalité consciente et leur extrême suggestibilité.

Comme pour l'hystérie, les causes occasionnelles ne jouent vis-à-vis de l'incontinence que le rôle d'agents provocateurs. Parmi ces causes, j'ai relevé les émotions vives, les traumatismes et surtout les maladies infectieuses parmi lesquelles domine la rougeole.

Les époques où le développement des centres nerveux subit une poussée sont favorables à l'éclosion de l'incontinence d'urine aussi bien que de l'hystérie. En effet, d'après les statistiques relatives à l'époque de début de l'hystérie infantile, elle présente deux maxima de fréquence : 1° avant trois ans ; 2° de sept à treize ans. L'incontinence se conforme strictement à cette règle. Sur les 36 cas que j'ai observés, 18 fois l'affection existait dès le bas-âge ; 18 fois elle s'est manifestée entre sept et quatorze ans, avec un maximum de fréquence vers dix ans.

Chez un certain nombre d'incontinents de la première enfance, on observe une aggravation de sept à dix ans, ce qui contribue à prouver l'influence critique de cette période de la vie sur le développement du système nerveux et de ses maladies.

II. — Même parallélisme en ce qui concerne la pathogénie. Bien que toujours d'ordre psychologique, le mécanisme des accidents hystériques n'est pas unique ; toutefois, il repose invariablement sur cette double base : le rétrécissement de la conscience personnelle et la suggestibilité. Chez les incontinents, on retrouve précisément ce défaut de synthèse psychique et cette suggestibilité exagérée. Les uns, en général profonds dormeurs, ne s'assimilent pas les avertissements venus de la vessie, et, chez eux, tout se passe comme si le centre cérébral de la miction n'existait pas ou plutôt était paralysé. Il s'agit bien, en effet, d'une véritable paralysie psychique comparable aux paralysies hystériques ordinaires. Cette paralysie psychique est bien évidente, en particulier, chez les incontinents diurnes, qui ne diffèrent en rien, au point de vue pathologique, des nocturnes. Chez les autres, grands rêveurs, la sensation de besoin ne stimule qu'insuffisamment ce centre, pas assez pour déterminer le plein effet de son action d'arrêt sur la moelle, assez cependant pour éveiller des idées subconscientes relatives à la fonction

urinaire, des rêves directement mictionnels ou des cauchemars agités ayant pour conséquence indirecte une émission d'urine. Ce dernier mécanisme est très net chez nombre de malades qui, à peine endormis, tombent dans une agitation onirique terminée par une miction, ébauchant en quelque sorte une véritable crise hystérique en miniature. Il n'est pas moins évident chez ceux qui ne se mouillent que d'une façon intermittente. Les soirs où l'accident doit se produire, on observe une modification de l'humeur et du caractère, de l'excitation psychique, en un mot de véritables prodromes qui se confondent avec les prodromes de la crise hystérique elle-même.

On peut donc dire, par assimilation avec ce qui se passe dans l'hystérie, que chez les incontinents la personnalité est diminuée, ou tout au moins désagrégée. Quant à leur suggestibilité, elle n'est pas seulement démontrée par l'effet de la suggestion directe sur l'incontinence elle-même, mais encore par la marche de la maladie. Qu'on interroge les parents, et le plus souvent ils vous feront cet aveu caractéristique : « Plus je fais lever mon enfant la nuit pour prévenir la miction involontaire et plus elle redouble de fréquence. » C'est ainsi qu'à entourer d'une sollicitude alarmée les hystériques à crises, selon une observation devenue banale à force d'avoir été faite, on multiplie par suggestion indirecte les accidents convulsifs que l'on voudrait prévenir.

III. — Le diagnostic de l'hystérie chez les incontinents est justifié dans nombre de cas par l'existence antérieure ou simultanée d'autres manifestations de cette névrose. Chez la moitié au moins de ces enfants — et mes observations personnelles sont à l'heure actuelle de trente-six — j'ai retrouvé, soit au moment de l'examen, soit dans leurs antécédents pathologiques, d'autres symptômes d'hystérie. Deux fois existaient des stigmates permanents (rétrécissement du champ visuel et analgésie cutanée), bien que ces phénomènes soient rares chez les enfants. Sept fois j'ai constaté des crises (boule hystérique, attaques de convulsions cloniques, crises syncopales, crises somnambuliques, crises d'excitation maniaque et de délire). Deux souffraient de névralgies périodiques. Un certain nombre avait des rêves terrifiants, dont un au moins avec zoopsie. Quatre de mes petits malades étaient atteints de polydipsie avec polyurie à un point tel que ce phénomène avait inquiété les parents. Il est

incontestable que cette hypersécrétion urinaire est le fait d'une autosuggestion née des préoccupations que ressentent les enfants à propos de leur infirmité. Or, la polyurie essentielle de l'adulte étant aujourd'hui généralement considérée comme relevant de l'hystérie, je ne vois pas pourquoi on refuserait à celle des enfants la même valeur symptomatique.

On a constaté que les hystériques adultes atteints de polyurie ont presque toujours eu dans leur enfance de l'incontinence d'urine : c'est qu'ils étaient déjà hystériques.

C'est encore un fait classique d'observation que certains incontinents deviennent plus tard hystériques. Il serait plus juste de dire que chez eux la diathèse s'est réveillée après avoir sommeillé un certain temps.

IV. — Le pronostic de l'incontinence se confond avec celui de l'hystérie infantile. L'enfance, a dit Charcot, est l'âge auquel il faut avoir l'hystérie si on veut s'en débarrasser. Dans la majorité des cas, en effet, elle guérit spontanément. Abandonnée à elle-même, l'incontinence d'urine guérit aussi dans la majorité des cas au moment de la puberté. On pourrait objecter pourtant que l'analogie n'est pas entière entre la marche de l'hystérie infantile et de l'incontinence. Alors que les symptômes de la première sont le plus souvent éphémères pour se reproduire sous une autre forme également susceptible de disparaître à bref délai, l'incontinence livrée à elle-même persiste avec une constance décourageante pendant un grand nombre d'années. Cela est vrai, mais elle ne persiste pas pourtant avec des caractères invariables; elle est sujette à des périodes tantôt de rémission partielle, tantôt d'exacerbation. Elle disparaît même parfois tout à fait chez certains sujets pour reparaître ensuite sous l'influence d'une cause occasionnelle telle qu'un choc moral ou une maladie infectieuse. D'ailleurs, l'hystérie monosymptomatique n'est-elle pas réputée pour sa ténacité? Je ne vois rien qui s'oppose à ce que l'incontinence urinaire soit assimilée à cette forme de l'hystérie. Il ne serait pas exact de prétendre, au surplus, à la fixité invariable du symptôme incontinence puisqu'on l'a vu alterner avec d'autres manifestations hystériques. Tel est le cas de ce jeune garçon, rapporté par Bars, atteint d'une incontinence d'urine, réfractaire à tout traitement, qui disparut brusquement un beau jour pour faire place à une paraplégie.

V. — Enfin, si l'axiome *naturam morborum curationes ostendunt* mérite quelque créance, il n'est pas de preuve plus frappante de l'affinité qui existe entre l'incontinence urinaire et l'hystérie que l'action qu'exerce sur elle la suggestion hypnotique. La suggestion supprime l'incontinence dans les trois quarts des cas, et même là où elle échoue, son action se fait sentir d'une façon indubitable. Depuis les vingt cas de guérison sur vingt-quatre malades traités que j'ai publiés dans mon mémoire précédemment cité, j'ai eu l'occasion d'appliquer ce procédé chez dix nouveaux malades et, quoique quelques-uns soient encore en traitement, je puis prévoir dès maintenant que les résultats de cette nouvelle série ne seront pas en contradiction avec ceux de la première.

Pour les neurologistes les plus autorisés, les phénomènes hystériques sont les seuls qui soient curables par la suggestion. Si cette opinion est justifiée, il faut nécessairement admettre que l'incontinence infantile d'urine, affection guérie ou tout au moins supprimée par la suggestion hypnotique, est une manifestation de la diathèse hystérique.

En ce qui concerne le traitement psychique de l'hystérie, l'expérience a démontré que le succès de la suggestion était subordonné à la gravité des accidents et à certaines conditions inhérentes à l'état mental des malades. Alors qu'elle supprime merveilleusement nombre de symptômes hystériques légers ou peu enracinés, elle échoue dans certains cas graves et chez les malades qui, en vertu d'une disposition en quelque sorte subconsciente à la contradiction, sont peu accessibles aux suggestions extrinsèques, tout en présentant un penchant déplorable aux autosuggestions morbifiques. L'observation démontre qu'il en est absolument de même chez les incontinents. Alors que chez certains malades une seule séance de suggestion a suffi à déraciner l'habitude morbide et à la supprimer, le même procédé s'est montré incertain et même tout à fait infidèle chez quelques autres, et c'est précisément ceux où l'existence de l'hystérie confirmée s'affirmait avec le plus d'évidence. Sur mes quatre cas d'insuccès relatif ou total, il y a deux hystériques à stigmates : une fille de douze ans et un garçon de neuf ans. La première, entre autres phénomènes hystériques, avait des accès de somnambulisme nocturne; le second a eu des accès de fièvre

hystérique avec méningisme, des accès de délire et des attaques de convulsions cloniques. Chez ce dernier, le traitement tenté à diverses reprises a donné des résultats particulièrement décourageants, et cependant la suggestibilité du sujet n'est pas douteuse puisqu'un traitement institué par un sorcier, et qui consistait en eau ferrée en boisson, a supprimé pendant quinze jours l'incontinence, résultat bien supérieur à ce qu'a pu donner chez ce malade la suggestion directe.

VI. — Les considérations que je viens de développer me semblent démontrer qu'il existe une affinité étroite entre l'incontinence essentielle d'urine et l'hystérie, si toutefois elles ne permettent pas d'affirmer d'une façon absolue que les deux affections n'en font qu'une et que l'incontinence d'urine n'est qu'un symptôme de la grande névrose. Sans vouloir conclure d'une manière aussi affirmative, je me résumerai volontiers dans la courte formule suivante : la moitié des enfants atteints d'incontinence d'urine est hystérique ; l'autre moitié est hystérisable.

M. Régis estime, comme M. Pitres, que M. Bézy peut encourir le reproche de ne pas avoir assez strictement circonscrit, dans son rapport, l'hystérie de la première et de la seconde enfance, et de l'avoir laissée se confondre avec celle de l'adolescence. C'est là une extension excessive. Les accidents hystériques qui se développent chez des sujets de treize, quatorze, quinze, seize ans, et qu'on ne retrouve pas dans l'enfance proprement dite, ne sauraient être imputés à celle-ci. Il y aurait avantage à séparer, comme on le fait pour les psychopathies, l'hystérie infantile proprement dite, ou du premier âge, de l'hystérie juvénile, en particulier de l'hystérie de la puberté, qui offre, à certains points de vue, des caractères différents.

M. Briand : « Sans nier l'existence de l'hystérie infantile, je crains qu'elle ne soit beaucoup moins fréquente qu'elle ne le semble à certains auteurs. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants qualifiés d'hystériques parce qu'ils avaient de l'irritabilité, se mettaient facilement en colère, tombaient en pamoison et se montraient trop volontiers menteurs. Si j'ai pu constater comme M. Bézy combien il était

difficile, chez les tout jeunes sujets, de rechercher les signes de l'hystérie, j'ai vu aussi qu'il n'en était pas de même des stigmates physiques de la dégénérescence mentale qui, dans bien des cas, éclataient aux yeux. Un de mes élèves, M. Colin, a démontré dans sa thèse que la folie dite hystérique ne se manifestait que chez les hystériques entachés d'hérédité vésanique. Ne nous hâtons donc pas de porter le diagnostic d'hystérie chez des enfants dont le caractère nous paraît anormal.

M. Bérillon lit le mémoire suivant sur *le Traitement psychothérapique de l'hystérie infantile.*

« Après de nombreuses discussions, inspirées surtout par des appréciations théoriques, la valeur de la suggestion hypnotique a été acceptée sans conteste dans le traitement de toutes les formes de l'hystérie chez l'adulte. Par contre, l'emploi de ce procédé dans le traitement de l'hystérie infantile soulève encore des objections d'ordres divers. Cela tient à ce que les auteurs s'inspirent encore des théories que l'École de la Salpêtrière avait émises sur la production et sur la nature de l'hypnotisme. Or, depuis les recherches de Charcot les idées ont évolué, et l'hypnotisme, tel que l'envisagent aujourd'hui les médecins qui s'adonnent à la pratique de la psychothérapie, n'a rien de commun avec l'hypnotisme tel qu'on le connaissait à la Salpêtrière. Actuellement, les psychothérapeutes n'ont plus recours, pour arriver à la production de l'hypnotisme, qu'à un procédé absolument inoffensif qui est d'ordre persuasif. Ils se bornent à suggérer au malade de s'abandonner au sommeil le plus simplement du monde; ils l'invitent à s'endormir d'un sommeil analogue à celui de la nuit; ils lui vantent les avantages de cet état de repos, de passivité. Lorsqu'ils jugent que le sujet est arrivé à un état de somnolence appréciable, ils s'appliquent par des suggestions appropriées à modifier les habitudes automatiques, à provoquer le réveil de l'énergie volontaire, à la créer lorsqu'elle fait défaut. Ils tiennent au sujet plongé dans le sommeil provoqué le même langage que d'autres lui adressaient à l'état de veille. La suggestion faite, ils ne négligent jamais de procéder, avec le plus grand soin, au réveil du sujet. Bien plus, les médecins adonnés à la pratique de la psychothérapie, savent qu'il convient de réveiller le malade sur

des idées agréables. La mise en œuvre de la psychothérapie, en apparence assez simple, nécessite cependant de la part de celui qui l'applique une certaine compétence et l'exercice de certaines aptitudes. C'est ce qui peut laisser supposer que ceux qui s'attardent encore à discuter la valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique sont peut-être inspirés par leur défaut d'expérience personnelle sur la question. N'est-il pas essentiellement humain de dédaigner les arts dans lesquels on n'excelle point? Les objections que l'on a soulevées contre l'emploi de la suggestion dans le traitement de l'hystérie infantile sont les suivantes : « Vous allez créer chez les sujets une aptitude spéciale à être hypnotisés par le premier venu. » C'est exactement le contraire qui est l'expression de la vérité. Tout psychothérapeute vraiment digne de ce nom ne manque jamais de limiter les inconvénients que peut présenter pour un sujet une suggestibilité naturelle excessive, en lui suggérant d'être désormais à l'abri de toute autre influence suggestive que celle du médecin agisssant dans un but purement thérapeutique. D'ailleurs, il faut le déclarer hautement, il n'y a pas d'hypnomanie, comme il y a une morphinomanie, une chloralomanie, etc... C'est à peine si deux ou trois faits ont été publiés, et encore un médecin compétent aurait su guérir le sujet en une seule séance d'hypnotisation. Ce qui est plus exact, c'est qu'il y a chez un certain nombre de médecins une véritable hypnophobie. Il est juste de reconnaître qu'elle ne sévit que chez ceux qui ne se sont jamais occupés spécialement d'hypnotisme et qui ne se rendent aucun compte de la psychothérapie, telle qu'elle est pratiquée par un grand nombre de médecins en France et à l'étranger.

Une autre objection est la crainte souvent exprimée que ce traitement hypnotique n'ait pour effet de réveiller l'hystérie en puissance et de provoquer l'éclosion de nouveaux symptômes. Cette supposition serait légitime si on ajoutait que ces accidents seront imputables aux médecins qui auront appliqué l'hypnotisme sans avoir la compétence voulue ou à ceux qui, dans un but de curiosité, provoquent chez leurs sujets des expériences de dissociation mentale qui leur font réaliser des hallucinations. Entre les mains des médecins qui appliquent la suggestion hypnotique en se conformant rigoureusement aux

enseignements de l'École de Nancy, on n'a jamais vu survenir à la suite de leur traitement le moindre symptôme d'hystérie. Cela est tellement vrai qu'à Nancy, où les malades ont été hypnotisés par milliers, la grande attaque d'hystérie n'existe pas. Les neurologistes les plus éminents qui s'adonnent d'une façon courante à la pratique de l'hypnotisme en arrivent à nier l'existence des stigmates de l'hystérie tels que les a décrits l'École de la Salpêtrière, parce que, malgré leurs recherches, ils ne les observent jamais. Partout où l'on s'occupe couramment d'hypnotisme, la grande hystérie, autrefois si commune, disparaît et les malades de cette catégorie deviennent une véritable rareté. Et encore lorsqu'on rencontre une malade chez laquelle surviennent des crises complètes d'hystérie, avec l'arc du cercle et les convulsions toniques et cloniques, on n'est jamais surpris d'apprendre que cette malade a fait autrefois un séjour plus ou moins prolongé à la Salpêtrière. Ce qui surprend le plus en cette circonstance, c'est de constater que l'objection qui consiste à accuser l'hypnotisme d'être un agent provocateur de l'hystérie, émane ordinairement d'un représentant de l'École qui a provoqué pendant longtemps, chez les grands hystériques, les expériences les plus capables de déséquilibrer l'état mental. Ceux qui soulèvent également cette objection sont ceux qui administrent toujours sans hésiter, de la façon la plus libérale, les doses massives de bromures associés et d'autres médicaments qui composent ce que les anciens thérapeutes désignaient sous le nom de médication altérante de la cellule organique. Nous ne craignons pas d'affirmer que quelques grammes de bromure, de chloral, de morphine ou d'autres stupéfiants ont sur la cellule nerveuse une action beaucoup plus délétère que le procédé thérapeutique qui repose uniquement sur la persuasion employée pour créer des états de conscience conformes au besoin manifeste du malade.

Lorsque l'on envisage la suggestion hypnotique comme la conçoit l'Ecole de Nancy, l'indication de ce traitement est encore plus formelle lorsqu'il s'agit de la névrose hystérique chez l'enfant que lorsqu'on est en présence de la névrose de l'adulte. Pourquoi ce qui peut être utile au second deviendrait-il dangereux pour le premier ? Ne s'agit-il pas là, comme pour toutes les médications, d'une question de posologie ? Il appartient au

psychothérapeute de doser la durée du sommeil provoqué, l'intensité de la suggestion, d'en varier les formules selon les aptitudes, l'âge, le degré d'intelligence, les réactions individuelles, de même qu'il appartient au chimiâtre de déterminer les doses des médicaments en s'inspirant des conditions dans lesquelles se trouve le malade. Malgré toutes les considérations théoriques, la comparaison entre les résultats de la méthode psychothérapique et ceux de la méthode pharmacologique donnera le succès à la première. L'hypnotisme étendu à ses applications expérimentales les plus extrêmes n'a jamais provoqué le moindre accident mortel. Les accidents les plus graves auxquels son emploi a donné lieu n'ont jamais dépassé les limites d'un simple mal de tête ou d'une somnolence passagère, susceptibles de disparaître sous l'influence d'une nouvelle suggestion. On nous parle de sujets que l'expérimentateur n'aurait pu réveiller. Pour notre part, dans le cours de milliers d'expériences, nous n'avons jamais constaté rien de semblable. Toujours le sujet se réveille sous la simple action des mots consacrés : « Eveillez-vous. » Aucun élève de l'Ecole de Nancy ne s'est heurté à une difficulté de cet ordre. Si l'hypnotisme de la Salpêtrière comporte quelques dangers, comme l'affirmait récemment M. le Pr Joffroy dans une de ses leçons cliniques à Sainte-Anne, nous affirmons par contre que l'hypnotisme de l'Ecole de Nancy n'en comporte aucun d'aucune sorte. Il nous semble qu'il est souverainement injuste de faire retomber sur le second les méfaits imputables au premier. Une objection tirée de ce fait qu'un certain nombre d'adultes ne sont pas hypnotisables n'a plus de valeur lorsqu'il s'agit de la suggestion hypnotique dans le traitement des maladies infantiles. La suggestibilité des enfants est telle que, sur dix enfants de six à quinze ans, pris dans toutes les classes de la société, huit sont susceptibles d'être plongés dans le sommeil provoqué dès la première ou la seconde séance. Contrairement à l'opinion courante, les difficultés pour provoquer chez l'enfant un sommeil réel sont d'autant plus grandes que l'enfant présente des tares héréditaires plus accentuées. Les idiots sont absolument réfractaires à toute tentative d'hypnotisation et les imbéciles ne réalisent pas les suggestions qui leur sont faites.

Par contre, les enfants hystériques se montrent très hypno-

tisables; ce qui n'a rien de surprenant, car ils sont généralement doués d'une intelligence assez vive. La suggestibilité de l'enfant, faculté normale, est en rapport direct avec le développement intellectuel du sujet. Suggestibilité est, en fait, synonyme d'éducabilité.

Toutes les formes de l'hystérie peuvent se rencontrer chez l'enfant, mais il est exceptionnel de constater l'existence des stigmates classiques de l'hystérie. L'hystérie convulsive chez l'enfant est très rare, et quand nous l'avons observée, nous avons pu nous assurer qu'elle était le résultat d'une contagion nerveuse, l'enfant ayant assisté à des crises d'hystérie. Par contre, l'hystérie se révèle fréquemment par l'apparition de troubles psychiques qui sont, par ordre de fréquence, le défaut d'attention, la mobilité des idées, l'esprit de contradiction, une émotivité exagérée, le mensonge, la simulation, la perversion des sentiments ; chez les petites filles, la coquetterie est également une des manifestations de l'hystérie précoce. En un mot, l'instabilité mentale des enfants hystériques semble calquée sur celle que présentent les adultes atteints d'hystérie vulgaire.

L'éducation défectueuse joue dans l'étiologie infantile un rôle beaucoup plus important que l'hérédité des caractères acquis. L'action préventive et curative du traitement psychothérapique en fournit la démonstration la plus frappante. Il appartiendra au médecin de montrer qu'il n'est pas étranger aux enseignements de la psychologie moderne et de procéder à une véritable rééducation mentale de l'enfant. Il ne dérogera pas en prouvant qu'il est capable de jouer le rôle d'éducateur. L'enfant hystérique, livré à lui-même, abandonné au désordre de son imagination, se déséquilibrera de plus en plus. Chez certains enfants le défaut de résistance aux impulsions instinctives est poussé si loin qu'il est possible de les considérer comme des malades dignes d'être rangés dans la catégorie des dégénérés héréditaires. Mais si l'enfant hystérique est dirigé avec autorité, s'il est habitué à opposer une résistance effective aux impulsions instinctives dont le développement est favorisé par la faiblesse et la complaisance du milieu, non seulement l'état mental se modifie, mais les troubles spasmodiques et les perturbations fonctionnelles disparaissent. L'éducation de la volonté, l'utilisation de cette faculté suffit pour réaliser ces heu-

reux effets. Mais il faut reconnaître que l'emploi de la suggestion hypnotique permettra seul de créer des centres d'arrêt psychiques destinés à fournir au malade un point d'appui suffisant pour l'application de sa volonté. L'action de la suggestion peut évidemment être renforcée par l'emploi des moyens d'ordre psycho-mécanique, par des artifices dont la technique est familière à tous ceux qui appliquent la psychothérapie. En résumé, l'emploi de la suggestion est nettement indiqué dans le traitement de l'hystérie infantile. Les cas dans lesquels l'indication a été établie par des faits nombreux, rigoureusement contrôlés, sont les suivants : 1° les troubles symptomatiques de l'hystérie, associés ou isolés, tels que les tics, la chorée hystérique, le tremblement, les contractures, les anesthésies, les parésies, le hoquet, l'aphonie, le mutisme et la toux hystériques, le blépharospasme, le strabisme hystérique, l'incontinence nocturne d'urine ; 2° les habitudes automatiques, l'onanisme irrésistible, l'habitude de se ronger les ongles (onychophagie), la kleptomanie, etc. ; 3° les troubles psychiques relevant de l'émotivité exagérée, pusillanimité, mensonge, terreurs nocturnes, somniloquie, etc. ; 4° les troubles psychiques survenant dans le cours des maladies aiguës, en particulier l'insomnie, l'agitation et le délire nocturnes, l'incontinence d'urine et de matières fécales.

Dans tous les cas, lorsque la suggestion sera appliquée rationnellement, avec patience et douceur, quand on évite de faire des suggestions expérimentales pour se limiter aux suggestions nettement indiquées par l'état du malade, surtout lorsqu'on ne néglige pas de procéder avec soin au réveil du sujet, nous affirmons l'innocuité complète de ce procédé thérapeutique. De plus, l'emploi de la suggestion hypnotique éclairera souvent le diagnostic et le pronostic en permettant de différencier les troubles fonctionnels qui dépendent de l'hystérie infantile de ceux qui relèvent de la dégénérescence héréditaire.

M Paul Garnier ne partage pas du tout l'opinion de M. Bérillon sur l'innocuité de l'hypnotisme chez les enfants. Il a eu maintes fois l'occasion de voir, à l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police, des enfants qui, ayant été soumis à des manœuvres hypnotiques, en avaient gardé une impression pro-

fonde et leur état mental s'en était évidemment ressenti. Il en a vu même qui étaient en proie à un véritable délire hallucinatoire, où la scène de la suggestion se reproduisait d'une manière évidente. Il fait donc les réserves les plus expresses sur ce mode de traitement.

Envisageant les perversions morales de certains enfants hystériques, il appelle l'attention sur la défiance que doivent inspirer les témoignages de ces enfants devant la justice. Il cite notamment le cas d'une fillette de douze ans qui se complaisait à provoquer des incendies dans la maison où elle était employée. Dès que le feu s'allumait, elle donnait l'alarme. Elle agissait ainsi avec la pensée de se donner un beau rôle et de s'attirer des éloges. Mais pour détourner les soupçons qui auraient pu l'atteindre, elle cherchait à les diriger contre ses compagnes, sur une d'elles en particulier, dans les poches de qui elle avait glissé des paquets d'allumettes. Le hasard permit de déjouer cette enfant, qui était une hystérique ayant présenté des manifestations convulsives.

M. Doutrebente : « M. Bérillon affirme que les séances d'hypnotisme suivies de suggestion sont d'une absolue innocuité. M. Garnier ne partage pas absolument cette manière de voir. Il a raison, et je suis de son avis. Cependant, il n'a pas, je crois, suffisamment distingué les cas où la suggestion est pratiquée à l'état de veille et ceux où elle est tentée après l'hypnose. Si à l'état de veille la suggestion ne me paraît pas dangereuse, il n'en est pas de même dans le second cas. Je ne parle pas seulement du danger immédiat de l'hypnose avec suggestion, mais aussi des conséquences fâcheuses plus ou moins éloignées, plus ou moins persistantes.

J'ai eu à soigner dans un asile un enfant de douze ans qui avait subi des tentatives d'hypnotisation suivies de suggestion pour le traitement d'une incontinence d'urine nocturne. Le résultat cherché ne fut point obtenu ; mais il se produisit ultérieurement des manifestations aiguës de nature hystérique avec grandes crises convulsives, hallucinations terrifiantes de la vue et fugues conscientes. Placé en traitement dans un asile d'aliénés, il en sortit guéri à la suite d'un traitement par les bains d'immersion ; l'incontinence d'urine fut guérie par les soins du

gardien chargé de la surveillance de nuit, comme cela est d'usage pour les enfants idiots ou simplement arriérés.

Les séances d'hypnotisme, si elles ne sont pas dangereuses avec ceux qui les font d'une façon scientifique, peuvent avoir de fâcheuses conséquences pour ceux qui, non médecins spécialistes, croient volontiers au surnaturel, aux miracles, aux fluides émergeant de tel ou tel magnétiseur, à tous les pouvoirs ou puissances occultes, à la divination, aux prédictions des voyants, au mauvais œil, à la sorcellerie, et, dans ce cas, hypnotiseurs, hypnotisés ou simples assistants aux séances, peuvent être influencés et subir, au point de vue mental, un choc fatal, parfois irrémédiable. Je puis citer le cas de deux femmes du monde, dont l'une a été une grande artiste lyrique, qui, adonnées à l'étude et aux pratiques hypnotico-magnétiques, y ont laissé leur raison.

J'ai aussi donné des soins à un fonctionnaire d'ordre administratif, qui, hypnotisé par Donato, en fut tellement impressionné qu'il prit un accès de mélancolie avec stupeur et refus des aliments.

Dans les mêmes conditions, on m'a confié un jeune commis épicier qui, hypnotisé au café, avait pris son rôle tellement au sérieux que l'hypnotiseur sua sang et eau pour le réveiller. Quelques jours après, on le conduisait dans un asile d'aliénés en état de confusion mentale ; c'était, il est vrai, un dégénéré.

J'ai enfin été consulté pour une jeune religieuse atteinte d'hystérie convulsive avec hémianesthésie gauche. C'était une femme intelligente, instruite, spirituelle, qui se refusait énergiquement à subir les tentatives d'hypnotisme suivies de suggestion, en disant : « Je ne puis admettre qu'une volonté étrangère « se substitue à la mienne, dirige mes actions, ma volonté, ma « conscience; cela, je ne l'accepterai jamais, je sens que j'en « deviendrais folle. »

A mon avis, elle avait absolument raison. Elle eut le tort de céder aux prières et aux conseils de ses parents. Elle fut hypnotisée et suggestionnée, mais elle ne tarda pas à présenter les symptômes d'une mélancolie aiguë, avec scrupules imaginaires et idées de possession diabolique, qui nécessita son placement dans un asile d'aliénés. Je m'empresse d'ajouter que la guérison fut assez rapidement obtenue.

M. le professeur Joffroy vient d'ailleurs, dans une leçon recueillie par le Dr Dufour (*Annales de psychiatrie*, 1897, p. 149), d'indiquer nettement le danger et les contre-indications de la suggestion hypnotique.

M. Régis : « Je demande la permission de communiquer au Congrès, au nom de mon ami le **Dr Delaye**, l'observation d'une fillette de neuf ans et demi, fille d'alcoolique hystérique, qui, après avoir présenté des phénomènes considérés par tous ceux qui l'ont vue à cette époque comme purement hystériques, comme une sorte de *méningisme*, a fini par mourir dans un état de coma méningitique.

Cette observation, qui met en face l'un de l'autre le méningisme et la méningite, montre une fois de plus la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer, dans la pratique, les accidents pseudo-méningitiques hystériques de la méningite vraie. Les deux ordres de symptômes peuvent non seulement, en effet, s'imiter les uns les autres, mais encore se suivre ou s'associer, ce qui complique encore le diagnostic. L'histoire de la fillette est précédée de renseignements sur ses parents.

X..., originaire de Rochefort, peintre, est âgé de quarante-cinq ans. Son père est mort à soixante-dix ans de gastrite d'origine alcoolique et d'accidents nerveux indéterminés; ses ascendants sont, paraît-il, arrivés à un âge très avancé. Sa mère vit encore; elle est âgée de quatre-vingt-douze ans et a toujours joui d'une santé parfaite. A l'âge de dix ans, il a été pris pour la première fois de battements de cœur très violents sans cause appréciable, battements qui se sont renouvelés deux fois à cinq ou six mois d'intervalle. Jeunesse très mouvementée, tempérament très nerveux, s'est adonné à l'alcool, n'a pas eu de syphilis. X... se marie à vingt-cinq ans; à vingt-huit ans, il a été pris à deux reprises de coliques de plomb assez légères. Rien d'anormal jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. A cette époque, il est repris brusquement de palpitations de cœur très intenses (accès de palpitations qui se répéteront toujours de la même façon); il tombe presque foudroyé. Le cœur, dit-il, bat à tout rompre; il éprouve une sorte d'angoisse accompagnée d'oppression, d'étouffement; la face se grippe, les extrémités se refroidissent, une syncope paraît imminente. Si on appuie la main sur la région précordiale, on perçoit un choc assez violent; l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Le pouls est, en général, à 100 ou 110. Pas d'irradiation douloureuse dans l'épaule gauche et le bras correspondant; un tremblement très violent persiste tout le temps; chaque accès a une durée moyenne de

deux ou trois heures, éclate indifféremment la nuit ou le jour, et se termine brusquement et toujours par une diurèse extrêmement abondante; l'urine est claire comme de l'eau de roche et ne renferme ni sucre ni albumine. Le début de l'accès est marqué chaque fois par une légère colique accompagnée de diarrhée peu abondante. Le nombre des accès est de vingt en moyenne par année. Le système nerveux, très minutieusement examiné, ne présente absolument rien soit du côté de la sensibilité générale, soit du côté des sensibilités spéciales. Peut-être pourrait-on trouver une légère hémi-hyperesthésie gauche, mais en tout cas bien peu accusée. En mai 1897, sous l'influence d'excès de boisson plus intenses, X... est pris de crises hystériformes.

Mme X... est âgée de quarante et un ans; son père et sa mère sont encore vivants et paraissent n'avoir jamais présenté rien de spécial. Elle a eu un frère et une sœur morts tuberculeux, l'un à l'âge de dix-sept ans et l'autre à dix-huit ans. Elle n'a jamais eu aucune affection grave; elle a toujours été nerveuse, mais n'a jamais eu de convulsions dans son enfance, ni plus tard de crises nerveuses. A eu onze enfants, dont cinq sont encore vivants; un est mort de choléra infantile, un autre a succombé à huit mois des suites d'une hernie étranglée, trois mort-nés, et enfin une, la fillette de neuf ans et demi, dont nous aurons à nous occuper tout à l'heure. — Une enfant âgée de six ans a eu, il y a environ deux ans, des convulsions qui ont été suivies à quelques jours de distance de palpitations et qui se reproduisent de temps en temps. L'année dernière, un garçon de quatre ans a eu également et pour la première fois des convulsions qui ont été l'origine d'une paralysie faciale très nette qui a guéri au bout d'un mois sans traitement bien actif. — Un autre garçon, âgé aujourd'hui de quinze ans, a eu vers l'âge de cinq ans des crises convulsives et des palpitations, palpitations qui ne se sont pas reproduites depuis cinq ou six ans. Seuls une enfant de deux ans et un jeune homme de dix-huit ans n'ont jamais rien éprouvé.

Y. X..., morte à neuf ans et demi, le 2 juin 1896. Nourrie au sein, bien constituée, intelligence très développée pour son âge, d'un caractère emporté et très autoritaire. Santé physique excellente jusqu'à six ans. A cette époque, a eu des bronchites répétées. A sept ans et demi, la vue d'une femme rachitique et atteinte d'idiotie produisit sur elle une impression telle qu'elle fut prise aussitôt de palpitations des plus intenses d'une durée de deux heures environ. Comme chez le pére, on ne trouvera rien d'anormal du côté du cœur, et chaque crise se terminera par une émission abondante d'une urine claire ne contenant rien de particulier. Les palpitations seront diurnes et finiront, en s'atténuant, par disparaître dans le milieu de l'année 1895. La frayeur qu'elle éprouve à la vue de cette femme provoque chez elle une aggravation plus grande dans son caractère; elle devient de plus en plus impressionnable. Au milieu de la nuit, Y... se réveille en sur-

saut, pousse des cris d'angoisse et, sous l'influence d'une hallucination terrifiante, revoit cette femme qui la menace; ce n'est qu'au bout d'un quart d'heure que l'accès disparait brusquement, accompagné d'une diurèse abondante. On la voit souvent en proie à de véritables manifestations mélancoliques; elle reste dans un coin et passe des journées entières dans le mutisme le plus absolu, refusant toute nourriture; on est obligé d'employer la force pour lui faire prendre un peu de lait. Puis des crises d'excitation succèdent à cet état, tout sentiment affectif semble avoir disparu; elle veut frapper les siens. Si on lui résiste, elle menace de se jeter dans le feu, menace qu'elle a failli une fois mettre à exécution.

Au mois de septembre de la même année, une amélioration assez sensible se produit; seules quelques idées tristes subsistent encore; elle parle de temps en temps de la mort comme d'un événement presque heureux.

Vers le milieu d'octobre, Y... est atteinte, ainsi qu'un de ses frères, de fièvre muqueuse. Cette maladie évolue sans complication, et la convalescence se termine normalement le 15 novembre. Elle est très amaigrie, l'appétit est presque nul; la mère constate qu'elle a beaucoup grandi. Même état psychique jusqu'au 2 février 1896. Ce jour-là, à la suite d'une vive contrariété, elle est en proie à une excitation inaccoutumée. Au bout d'une heure environ, brusquement, sans cri initial, elle tombe sans connaissance en arrière dans le décubitus dorsal. Le cou, me raconte la mère, devient tout raide, le ventre se soulève, les jambes se raidissent, elle fait des grimaces, ses paupières battent rapidement et, au bout d'un moment assez court, tout le corps est animé de fortes secousses, crises qui ne ressemblent aucunement à celles de ses frères et sœurs. Dix à quinze minutes après, tout rentre dans l'ordre et elle s'endort. Pendant l'attaque, elle n'a pas eu d'écume aux lèvres, le pouce n'était pas fléchi sous les doigts, on ne constate pas de morsures de la langue. A son réveil, elle se plaint de douleurs violentes du côté gauche. Le résultat de mon examen est le suivant : température normale, rien à noter du côté des organes internes. Le réflexe pupillaire est conservé des deux côtés; le réflexe cornéen est aboli à gauche, diminué à droite; réflexe nul dans le pharynx; hémi-anesthésie gauche complète; hémi-hyperesthésie légère à droite; réflexe rotulien gauche normal, le droit un peu exagéré; sur l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic, à deux travers de doigt au-dessus de l'ovaire droit, un ilot d'hyperesthésie tellement marquée que le moindre frôlement y détermine une douleur des plus vives.

Le 25 février, deuxième crise, identique à celle du 2 du même mois, provoquée par mon insistance à vouloir lui faire avaler un peu de nourriture. Les secousses convulsives prédominent surtout dans la moitié gauche du corps. Durée : un quart d'heure. Je la revois dans la journée; elle tient le bras gauche élevé en flexion, fortement contracturé; il en est de même du membre inférieur : la contracture est telle-

ment prononcée qu'elle paraît presque impossible à surmonter. A droite, les membres supérieurs et inférieurs sont légèrement contracturés, mais leur rigidité est beaucoup moins accentuée, on triomphe très aisément de leur résistance. Le 10 mars, la mère m'appelle en toute hâte : « Ma fille, dit-elle, est toute enflée ; la taille est aussi large que les épaules, le bras et la main gauche sont pleins d'eau ». En effet, je constate autour de la taille, à gauche surtout et dans le membre supérieur du même côté, un œdème dur ; la pression du doigt ne détermine aucun godet, la peau est de couleur normale, indolente, la température locale est sensiblement la même que celle du côté opposé. Les urines examinées ne décèlent aucune trace d'albumine. Le pouls est très régulier. La contracture du côté gauche, ainsi que l'hémianesthésie, persistent toujours ; il en est de même de la rigidité droite signalée plus haut. Le réflexe pupillaire est conservé, pas de strabisme. Elle refuse toute nourriture solide et se contente de lait et de bouillon ; la déglutition se fait très facilement. L'amaigrissement devient de plus en plus grand ; la faiblesse s'accentue ; à partir de ce moment, la malade ne quittera plus le lit.

15 mars. — L'œdème a disparu depuis la veille. Tout à coup, la fillette est prise d'un mouvement de va-et-vient cadencé de la tête ; en même temps, le membre supérieur gauche contracturé s'élève et s'abaisse d'une façon rythmique, coordonnée, on dirait qu'elle rame ; seul, le membre inférieur ne participe pas à ces mouvements. A droite, rien à noter, si ce n'est cette fois une exagération marquée du réflexe rotulien et du côté de la face quelques secousses convulsives qui la font grimacer. Constipation opiniâtre ; ne s'est pas vidée depuis le commencement du mois.

Le 16 mars, exactement même état ; les mouvements de balancement n'ont pas cessé durant les quelques heures de sommeil que la petite malade a pu prendre. Se plaint de douleurs intérieures dans tout le côté droit du corps ; a eu le matin une selle assez abondante, mais très dure.

Jusqu'au 20 mars, persistance des mêmes phénomènes, mais ils disparaissent la nuit pendant une heure ou deux pour réapparaître avec la même intensité.

Le 21 mars, les mouvements rythmés cessent dans la nuit, mais sont bientôt remplacés par des troubles laryngés se traduisant par une sorte d'aboiement ; ce bruit se répète à chaque expiration et revient sous forme d'accès ; chaque accès a une durée de une heure en moyenne et se répètera trois ou quatre fois par jour.

22 mars. — Les troubles respiratoires ne se produisent pas pendant le sommeil, et leur nombre est sensiblement le même que celui de la veille.

Vers le 25, l'aboiement cesse, mais une salivation d'une extrême abondance s'établit ; on est obligé d'entourer le cou d'une toile imper-

méable. Cette salivation persiste aussi abondante jusqu'au 1er avril; le 29, selle abondante et dure, ce sera d'ailleurs la dernière.

1er au 20 avril. — La petite malade s'affaiblit de plus en plus; l'amaigrissement fait toujours des progrès, la face est couleur de cire, la peau est flasque, ridée; le pouls, qui devient très petit, conserve cependant toute sa régularité; le cœur ne présente rien de bien particulier; les paupières restent continuellement closes. La fillette paraît d'ailleurs redouter la lumière; elle pousse de temps en temps quelques plaintes. Le ventre se rétracte, il est douloureux à la pression dans toute son étendue, la plaque d'hyperesthésie a disparu. Refuse de plus en plus de se nourrir; quand on lui introduit par la bouche un peu de liquide, elle le rejette aussitôt; on dirait qu'un obstacle siège au niveau de la partie supérieure de l'œsophage. Cependant, quand je lui verse du lait dans les fosses nasales, il passe avec la plus grande facilité dans l'estomac. Si je veux essayer des lavements alimentaires, je trouve du côté du sphincter anal contracturé une résistance presque infranchissable, et je provoque aussitôt des crises très courtes mais très intenses, dont la petite malade sort chaque fois pour retomber dans un état presque comateux. Vers le 25, je constate de la raideur du cou et de la *paresse des pupilles,* mais pas de strabisme; le côté droit de la face est animé de légers mouvements convulsifs. La rigidité des membres supérieurs et inférieurs droits est toujours la même. La contracture gauche persiste toujours, les masséters sont un peu contracturés. L'enfant parle à peine, elle semble presque étrangère à ce qui se passe autour d'elle, refuse absolument toute nourriture, c'est à peine si elle consent à avaler quelques cuillerées d'eau.

Le 28, le docteur Régis voit la malade avec moi et constate l'état méningitique. Voici ce que nous observons :

Amaigrissement poussé jusqu'à ses dernières limites; état semi-comateux, position du corps en chien de fusil, le ventre est rétracté, paralysie intestinale (la dernière selle a eu lieu le 29 mars) et sur la peau, raie méningitique; se plaint quand on la pince à gauche; les masséters sont légèrement contracturés, la tête est un peu portée en arrière, le cou est raide; le bras droit toujours en contracture est, comme par le passé, dans la position verticale, mais ne fait plus aucun mouvement. Photophobie, réactions pupillaires très diminuées, légère inégalité pupillaire à droite, pas de strabisme; le pouls est très petit, régulier, la température est au-dessous de 37°. Battements du cœur à peine perceptibles; l'auscultation ne révèle rien, la respiration est normale.

Du 15 au 17 mai. — Y... paraît être plongée dans un sommeil des plus profonds, le pouls est toujours très petit, à peine perceptible; la respiration est normale mais très faible; mêmes phénomènes physiques; ne prend absolument rien.

Le 17 au matin elle sort de son sommeil et demande à son entou-

rage étonné des nouvelles d'un de ses frères qui, la veille, avait été victime d'un accident. « J'ai, dit-elle, tout entendu; je sais de quelle façon mon frère a été blessé, il est tombé d'une échelle, etc., etc. » Elle veut boire et ingurgite d'un seul trait un demi-litre d'eau, puis c'est un peu de lait, de bouillon et d'eau encore. La quantité de liquide absorbée pendant cette journée est, d'après la mère, de plus de trois litres. Elle cause avec les siens, répond à toutes les questions d'une façon très claire, mais ses idées de mélancolie reviennent; elle veut mourir, etc.

Le 18, Y... ne parle plus; elle refuse tout ce qu'on lui présente, elle tombe dans un état semi-comateux bien net, se plaint faiblement de temps en temps. Enfin, elle meurt le 2 juin dans le coma.

M. Pailhas : A côté des hémorragies et des troubles trophiques mentionnés par M. Bézy, comme se rapportant au tableau symptomatique de l'hystérie infantile, peut-être y a-t-il à signaler certains troubles circulatoires et sécrétoires de la peau parmi lesquels prennent place ces quelques observations personnelles que nous résumons ;

I. — Th. de S..., âgée de dix ans, née d'une famille chargée d'hérédité névropathique, tout en jouissant elle-même d'une santé généralement bonne, est présentée au médecin le 12 juin 1892, avec une série pressée d'ecchymoses situées à la partie antérieure des deux membres supérieurs (région du pli du coude). Ces ecchymoses, d'aspect violacé ou bleuâtre, affectent une disposition assez régulièrement linéaire ayant chacune une longueur variant de 10 à 15 centimètres, une largeur de 3 à 4 millimètres, dirigées assez exactement dans le sens de l'axe du bras, soit parallèlement, soit aussi en s'entrecroisant l'une l'autre tout en restant distinctes. On dirait que l'enfant s'est frappée en ce point avec un faisceau de fines verges ou de minces lanières de cuir. Aucune circonstance particulière, en dehors d'une influence névrosique, ne semble pouvoir être invoquée ici comme cause de ces lésions : absence de démangeaisons ou de grattage, de marques de compression, nul souvenir de cauchemars ou de rêves en quelque corrélation avec ces phénomènes.

C'est deux ou trois jours avant notre première visite du 12 juin que l'enfant avait remarqué ces lignes bleues qui le 17 juin allaient en disparaissant, prenant la teinte jaunâtre des ecchymoses en régression. Ajoutons qu'il survint une seconde poussée de ces mêmes ecchymoses le 27 juin de la même année.

II. — Enfant V..., du sexe féminin, âgée de douze mois, nous est montrée le 3 avril 1890, présentant une vaste tache bleuâtre vers la partie inférieure de la face comprenant une bonne partie des joues, la lèvre inférieure et le menton. Cette lésion, consistant en une ecchy-

mose irrégulière dans ses contours et donnant l'idée d'une pression manuelle brutale ou criminelle en ce point du corps, était apparue à la mère, au réveil tranquille de l'enfant, dans la matinée du 31 mars. Cette ecchymose passant par les tons violacés et verdâtres habituels disparaissait au bout de quelques jours, laissant durant son évolution l'enfant sans souffrance et sans qu'on pût invoquer d'autre cause actuelle que le travail de la dentition, lequel s'accompagnait d'une salivation abondante. La mère de cet enfant étant très manifestement nerveuse, une névrose vaso-motrice semblait devoir être incriminée dans ce cas comme ayant exagéré et poussé à leurs dernières limites les troubles circulatoires (rougeurs fugaces) que si souvent on observe sur la face des enfants faisant leur dentition, et qui sur le même sujet s'étaient manifestés, le 26 mars, par un cercle rouge assez persistant de la dimension d'un sou, de coloration normale en son centre.

Chez cette enfant, la prédisposition à ce genre d'affections ainsi localisées semblait particulièrement indiquée par ce fait que sa sœur aînée porte un angiome de toute la lèvre supérieure et que le grand-père paternel, sexagénaire, présenterait depuis quelques années des « rougeurs » au voisinage des paupières inférieures.

III. — Joséphine B..., neuf ans, père âgé de cinquante ans, paralysé depuis dix ans ; mère âgée de quarante-cinq ans, maladive; sœur morte phtisique à dix-huit ans; deux frères restent bien portants.

Enfant nerveuse, impressionnable. A eu en 1893 une crise de nerfs d'une durée de deux heures avec perte de connaissance; intelligente.

Le 3 juillet 1894 est survenue dans la soirée, sur la main et sur le poignet du côté droit, une série de taches d'un jaune ocreux, non modifiées par les frictions. Autant en apparaissait à gauche sur la main, sur le poignet et l'extrémité inférieure de l'avant-bras, le lendemain 4 juillet. De ce côté, les taches plus nettes affectaient aussi une disposition plus particulièrement régulière, qui à ce titre attira notre attention. De forme lenticulaire et toutes de même dimension (4 à 5 millimètres de diamètre), elles étaient très exactement disposées en quinconce, comme des jetons de damier tout autour du poignet, à la façon d'un vaste bracelet empiétant sur la partie supérieure de la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras. En outre, quelques-unes de ces taches apparaissaient isolément disséminées, soit sur l'avant-bras, soit sur la main et certains doigts.

Le 6 juillet, la coloration jaune pâlissait, et de plus en plus les jours suivants.

Ici, pas plus que dans la première observation, la recherche étiologique ne relevait la moindre influence extérieure, et l'enfant n'avait retenu de ses rêves ou de ses aspirations conscientes rien qui pût être en rapport avec les manifestations.

Le 14 juillet, l'enfant ne présente plus que cinq ou six taches sur la paume de la main gauche, au voisinage des doigts.

Déjà, au cours de la même année, et quelques jours avant, nous avions observé un autre cas de chromidrose à teinte jaune ocreuse sur une enfant du même pensionnat.

Dans cette observation, la jeune fille, âgée de treize ans, réglée depuis trois mois, voyait, douze jours après sa dernière menstruation, apparaître aux deux pieds un enduit jaune poisseux, colorant le papier, et disposé à la façon d'un simulacre en teinte jaune de sandales largement ouvertes en avant jusqu'à l'origine des orteils.

L'enfant était observée le 20 juin pour la première fois, et huit jours après la coloration jaune allait disparaissant.

Antécédents héréditaires ignorés, et quant au sujet lui-même il ne paraissait pas avoir présenté de signes avérés de névropathie. Constipation habituelle.

Sans insister sur l'intérêt qui peut s'attacher au point de vue médico-légal à la disposition des ecchymoses dans la première et dans la deuxième observations, nous attachant plus particulièrement à déceler le caractère hystérique de semblables manifestations et les différencier de la catégorie banale des ecchymoses et troubles secrétoires cutanés observés sur des sujets plus ou moins ostensiblement névropathiques, nous dirions volontiers que ce caractère nous a paru résider surtout dans la *morphologie expressive* de ces lésions ou stigmates. Par là nous entendons que cette morphologie, sans rapport suffisant avec une distribution d'éléments anatomiques vasculaires ou nerveux, semble attester parfois une origine psychique, à l'instar de la phase passionnelle des mouvements de la grande attaque hystérique. Telles ici les ecchymoses linéaires et les taches de chromidrose que ne sauraient expliquer dans leurs formes et leur groupement les seules données de l'anatomie et de la physiologie des éléments constitutifs de la région intéressée.

M. Bézy communique les trois observations suivantes et présente ensuite les malades dont il est question dans les deux dernières. La troisième observation a été recueillie par lui conjointement avec **M. Marie** (de Toulouse) :

1° Cas d'hystérie infantile ; Astasie-abasie.

La fillette dont je vais relater l'histoire était atteinte d'astasie-abasie. Les troubles ayant pour siège les membres inférieurs

chez l'enfant, ont été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches ayant pour but d'éviter des erreurs de diagnostic fort préjudiciables aux petits malades. Des faits analogues ont été cités par Gilles de la Tourette, Cohen, Brunon, Legaard, Thyssen, P. Richer, Pitres, J. Simon. Je n'ai donc pas la prétention de présenter un fait inconnu, mais simplement d'ajouter une observation à celles déjà publiées.

Lorsque l'on n'est pas prévenu on peut penser, dans ces cas, à l'une des affections paralytiques de l'enfance. Mais l'erreur peut être évitée, d'abord par la recherche des stigmates de l'hystérie, et, dans les cas d'hystérie monosymptomatique, par la constatation de ce fait que l'enfant ne peut pas marcher, mais qu'il n'y a pas paralysie. On constate facilement cette absence de paralysie en faisant asseoir l'enfant sur les genoux de quelqu'un et en provoquant des mouvements des membres inférieurs, soit par le pincement de la peau, soit par le chatouillement de la plante des pieds.

Voici l'observation qui a été relevée dans mon service par mon externe, M. Sarda :

Élise M..., quatre ans et demi. — Père nerveux sans attaque ; mère et frère en bonne santé. Nourrie au sein par sa mère. Toujours nerveuse, mais jamais de convulsions. Conjonctivite à un an. Aucune autre maladie infantile.

Le 3 avril 1897, cette enfant est conduite au dispensaire-annexe de la clinique infantile, parce qu'elle éprouve des crampes dans les jambes ; la marche n'est aucunement gênée.

On ne nous la reconduit que le 22 avril parce qu'elle ne peut plus marcher ; mais nous cessons de nouveau de la voir pendant quelques jours, parce qu'elle est retenue chez elle par une rougeole qui évolue sans complications ; ce n'est que le 6 mai que nous pouvons l'examiner.

Nous sommes en présence d'une fillette fort intelligente, maigre, petite, pâle, atteinte d'une blépharo-conjonctivite intense ; rien sur aucun organe, si ce n'est un souffle extra-cardiaque très net.

La marche et la station debout sont impossibles ; mais l'enfant marche très bien à quatre pattes. Si on lui commande de marcher, en la soutenant par les aisselles, les jambes se détachent assez facilement du sol, mais la marche est impossible ; de même si l'enfant se soutient avec les bras à une chaise ou à un banc.

Si on fait coucher ou asseoir l'enfant, on constate que tous les mouvements volontaires des membres inférieurs sont possibles, qu'il

s'agisse de mouvements généraux, ou de mouvements de flexion, ou d'extension d'un segment sur un autre.

L'examen de la sensibilité révèle des plaques d'anesthésie, non seulement sur les membres inférieurs, mais sur les membres supérieurs.

Le diagnostic d'astasie-abasie hystérique est porté et l'enfant est traitée par la valériane et l'hydrothérapie, la mère n'ayant pas consenti à l'isolement à l'hôpital.

Nous ajoutons un essai de suggestion à l'état de veille et nous affirmons à l'enfant qu'elle sera guérie le 8 mai. Cette tentative échoue, et nous sommes obligés d'avouer à notre malade que nous nous étions trompés de jour, mais que la guérison doit certainement se produire dans quatre ou cinq jours.

Le 13 mai, l'enfant nous est ramenée et marche presque seule; la station debout est possible pendant quelques instants. Apparition d'un œdème assez marqué sur les pieds.

Le 15 mai, l'enfant revient parfaitement guérie; l'œdème, d'origine nerveuse très probablement, a brusquement disparu.

Cette enfant a été revue plusieurs fois depuis; la guérison s'est parfaitement maintenue.

2° *Cas de tremblement hystérique chez une fillette de onze ans et demi.*

« Les cas de tremblement hystérique chez l'enfant sont assez peu nombreux; Pierret (de Lyon) et Baumel (de Montpellier) en rapportent un chacun. Ces deux cas sont relatifs à des filles de onze et de treize ans. La malade dont nous allons vous relater l'histoire et que nous vous présentons est aussi âgée de onze ans. Si donc nous nous en rapportions à cette statistique, quelque peu insuffisante, nous en convenons, nous pourrions conclure que cette manifestation se rencontre exclusivement chez les fillettes, particulièrement de onze à treize ans.

Le diagnostic se fait en général par la brusquerie du début, la recherche des stigmates, car le tremblement hystérique n'a pas de caractères spéciaux. Il est bon cependant de ne pas oublier que, si l'hystérie est assez fréquente dans le jeune âge, les autres maladies à tremblement y sont rares.

Je n'ai pas d'autre prétention que d'ajouter un fait à l'histoire du tremblement hystérique chez l'enfant, en publiant cette observation recueillie par M. Sarda, dans mon service de clinique infantile.

Hortense A..., onze ans et demi. Père et mère bien portants, une sœur bien portante. Nourrie au sein par la mère; a mangé à dix mois. Rien de particulier pendant la première enfance; impétigo à cinq ans, puis convulsions pas très fortes. Croup à dix ans; bronchites fréquentes. Enfant très intelligente.

A l'âge de huit ans, sa sœur lui fait peur; immédiatement, perte de connaissance. C'est de ce moment que date le tremblement qui nous occupe aujourd'hui.

Ce tremblement, généralisé d'abord aux quatres membres, ne tarda pas à augmenter d'intensité, à tel point que l'enfant ne pouvait tenir son verre sans en renverser le contenu. Il persiste nuit et jour. L'écriture est impossible, mais l'enfant peut marcher.

La malade est conduite au dispensaire annexe de la clinique en avril 1896. Le début brusque de l'affection et la présence de zones d'anesthésie sur les quatre membres nous font songer à un tremblement hystérique. Il est très lent (quatre oscillations par seconde), se manifeste surtout si l'enfant lève les bras en écartant les doigts. La marche est facile, l'écriture possible, quoique légèrement tremblée.

La valériane et l'hydrothérapie semblent à l'heure actuelle avoir produit une légère amélioration.

Il faut reconnaître que ce tremblement, dont le début remonte actuellement à plus de trois ans, n'a jamais été soumis à un traitement régulier et suivi.

3° *Cas d'hémiplégie chez l'enfant.*

« La petite malade que nous présentons est atteinte d'hémiplégie. Si ce symptôme est très net, le diagnostic pathogénique a présenté quelques difficultés dues à des causes d'erreur que nous signalerons au cours de notre observation.

Marie B..., treize ans, recueillie dans une maison de charité de notre ville, est conduite au service électro-thérapique de l'Hôtel-Dieu parce qu'elle est très gênée pour se servir de son bras droit.

Après de nombreuses recherches, nous avons pu recueillir sur ses antécédents les renseignements suivants : mère morte à cinquante-cinq ans d'une attaque; père vit, soixante-dix ans, aveugle (il a une sœur qui est aussi aveugle). Notre malade a six frères ou sœurs bien portants; deux sont morts de fièvre cérébrale, un de rhumatisme avec complications cardiaques.

D'après les renseignements qui sont fournis par une sœur de la malade, cette enfant se serait très bien portée jusqu'à l'âge de cinq ans. A ce moment, elle aurait présenté *brusquement* une paralysie qui n'aurait pas empêché la marche, mais aurait nécessité le port d'un appareil.

Depuis lors, la maladie ne s'est pas aggravée, mais l'enfant est en

partie privée de l'usage du membre supérieur droit, et le membre inférieur du même côté fait mal son service.

Ce qui frappe au premier abord, c'est en effet une différence de volume entre les deux membres du côté droit qui sont notablement atrophiés comparativement à ceux du côté gauche. Cette atrophie et le début brusque de l'affection font penser d'abord à une paralysie spinale de l'enfance.

Cette opinion semble confirmée par ce fait que l'intelligence est peu atteinte; de plus, la méthode radiographique nous a montré que l'atrophie du tissu osseux était très nette ; les os de la main droite sont manifestement moins développés que ceux de la main gauche. La différence, comme on peut s'en rendre compte par les radiographies prises par M. Marie, croît en netteté du cinquième métacarpien jusqu'au premier; elle est surtout sensible pour les phalanges.

Enfin, ce diagnostic semble confirmé par un premier et rapide examen électrique. Lorsqu'on excite les extenseurs (radiaux, etc.), on n'obtient que des contractions apparentes en employant la méthode unipolaire.

Mais si nous poussons plus loin notre examen, nous voyons que les membres paralysés, sans être contracturés, n'ont pas la flaccidité si nette dans les cas de paralysie spinale. Examinant alors le réflexe rotulien, nous constatons qu'il est exagéré. L'examen électrique repris nous montre que le défaut de contraction n'est qu'apparent. La contraction existe, on la met en évidence si on comprime légèrement le muscle en posant le doigt sur le tendon; l'effet de la contraction est notablement diminué par la contraction plus énergique des muscles de la partie antérieure de l'avant-bras, particulièrement les fléchisseurs superficiels et le grand palmaire. La contraction facile avec excitabilité électrique normale des extenseurs communs, des radiaux, etc., est mise en évidence très nettement par la méthode bipolaire.

Mêmes résultats pour l'examen du membre inférieur.

Il faut donc renoncer au diagnostic, qui semblait d'abord s'imposer, de paralysie spinale infantile, et il semble qu'il faille songer à une lésion organique se rapprochant probablement de celles de l'hémiplégie spasmodique infantile.

Les recherches dirigées dans le sens de l'hystérie et de la syphilis héréditaire n'ont pas donné de résultat.

Le traitement électrique, 1° bain statique tous les deux jours avec souffle sur la partie du corps atteinte; 2° courant continu de faible intensité, a amené au bout d'une douzaine de séances une légère amélioration, particulièrement sensible pour la marche.

Cette observation nous a paru présenter plusieurs points intéressants ; d'abord, la triade, début brusque, atrophie considérable, défaut de contractilité électrique, en imposaient pour

une paralysie spinale, erreur qui eût été très fâcheuse au point de vue de l'institution du traitement électro-thérapique; en second lieu, cette atrophie très prononcée et atteignant très nettement le tissu osseux, comme nous l'a démontré la radiographie, est plus généralement admise dans la paralysie spinale que dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Nous ferons observer à ce sujet qu'il sera bon, à l'avenir, de radiographier les os des sujets atteints de cette dernière affection pour s'assurer si l'atrophie osseuse n'est pas plus fréquente qu'on ne l'a dit jusqu'à présent. Enfin, on voit de quelle importance est, dans des cas de ce genre, l'électro-diagnostic et avec quel soin cet examen doit être fait pour éviter de graves erreurs.

M. Em. Noguès communique une observation de *Pseudo-méningite-hystérique simulant une méningite tuberculeuse, chez une fillette de douze ans.*

Le seul intérêt de cette observation consiste en ce que les phénomènes méningitiques sont pour ainsi dire calqués sur les symptômes de la méningite tuberculeuse et aussi parce qu'ils se sont développés chez une petite fille qui jusqu'alors n'avait présenté aucun symptôme nerveux.

Fillette de douze ans, dont les parents, ainsi que deux sœurs, sont bien portants et n'ont jamais présenté de manifestations nerveuses à aucun degré. Seul, le grand-père paternel est très nerveux, émotif.

Les antécédents personnels de la malade ne présentent rien d'anormal, sinon qu'elle est légèrement impressionnable et craintive.

Après quelques jours de légers malaises digestifs et de douleurs de tête assez violentes, cette enfant est prise tout à coup, le 10 octobre 1896, de convulsions généralisées avec perte de connaissance. Je suis appelé quelques minutes après, et comme les parents sont mes voisins, j'assiste presque au début de la première crise.

Celle-ci consiste en convulsions toniques d'abord, cloniques ensuite, avec perte de connaissance, morsure de la langue, incontinence d'urine, etc., véritable crise épileptiforme après laquelle la malade tombe dans le stertor, pour recommencer ensuite une nouvelle série de convulsions toniques et clo-

niques. Pas de grands mouvements, pas de délire. Dans une période d'une heure et demie, l'enfant a ainsi une dizaine de crises subintrantes, de nature nettement épileptiforme. Un léger repos se produit alors pendant lequel la fillette se plaint de ne pas voir les personnes qui sont auprès d'elle ; elle ne peut compter les doigts de ma main. Elle a des douleurs de tête très violentes qui lui font pousser des gémissements ; elle est prise de vomissements,

Vers le milieu de la nuit les crises convulsives reparaissent et durent deux heures, au dire des parents.

Quand je la vois le lendemain, 11 octobre, elle est dans le délire. Constipation opiniâtre ; température, 38°2 ; pouls, 108. Le ventre est rétracté. Elle est couchée en chien de fusil.

Un confrère est appelé en consultation, et nous portons le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Je revois la malade le soir. Température, 37°9 ; pouls irrégulier, 102 pulsations. Délire et vomissements, ventre en bateau. Constipation absolue malgré 0,60 centigr. de calomel pris le matin. Raideur de la nuque.

12 octobre. — Les crises convulsives n'ont pas reparu ; la malade est allée à la garde robe, et se trouve beaucoup mieux. Elle répond un peu aux questions qu'on lui pose ; elle voit un peu la lumière venant de la croisée, mais ne peut encore distinguer et reconnaître les personnes, Elle me reconnaît à la voix et me dit qu'elle souffre beaucoup de la tête et des bras ; plus de fièvre, 37°2.

Le soir, quand je reviens, je trouve la malade assise sur son lit ; elle a recouvré la vue, mais elle souffre encore légèrement de la tête ; elle se plaint surtout de douleurs violentes dans les bras, qu'on ne peut lui toucher sans lui faire pousser de véritables hurlements. L'hyperesthésie cutanée, et seulement cutanée, s'étend jusqu'à l'épaule. Lorsqu'on appuie fortement sur ses bras, elle souffre moins que lorsqu'on effleure la peau.

Je recherche s'il n'existe pas d'autres troubles de la sensibilité et je ne trouve absolument rien. J'interroge de nouveau les parents auxquels je demande si l'enfant n'a jamais eu de crises autrefois, si elle n'était pas devenue capricieuse, maussade, si elle ne pleurait pas ou ne riait pas sans motifs. On répond négativement à toutes mes questions sur ce point,

Les douleurs dans les bras ont persisté un mois avec la même intensité, mais dans l'intervalle l'enfant avait repris sa gaieté, son entrain. Elle avait bon appétit, elle dormait bien, sauf lorsqu'elle était réveillée par un mouvement dans son lit.

Je fais des pointes de feu le long de la colonne dorsale, et la frayeur qu'éprouve la malade à ce moment fait disparaître presque complètement l'hyperesthésie qui n'existe plus huit jours plus tard.

En résumé, voilà une enfant qui a présenté tous les signes de la méningite tuberculeuse, sans en excepter un seul, pas même la fièvre, et qui guérit brusquement après quatre jours de ces symptômes graves.

Les antécédents héréditaires et personnels ne pouvaient faire penser à l'hystérie, et cependant c'est bien la grande simulatrice qui était coupable, puisque la malade a guéri, et que cette hystérie aiguë a laissé après elle des stigmates, peu nombreux il est vrai, mais indiscutables, et qui ne paraissent pas avoir existé avant la maladie.

Aujourd'hui l'enfant est très bien portante, peu nerveuse; l'hyperesthésie des membres supérieurs a disparu.

Peut-on, dans des cas semblables, formuler un diagnostic certain, et le médecin n'est-il pas excusable de porter un pronostic grave qui ne se réalise pas? A tout prendre, vaut-il mieux faire erreur dans ce sens, mais on est souvent exposé, comme cela m'est arrivé chez un enfant manifestement hystérique, à tranquilliser une famille sur l'issue d'accidents cérébraux qui se sont terminés par la mort.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il paraît donc impossible de diagnostiquer, dans certains cas bien entendu, la cause de la méningite chez l'enfant.

M. Rayneau présente l'observation d'un *cas d'énurésie invétérée guérie par la suggestion hypnotique.*

Marguerite D..., âgée de dix ans, issue d'un mariage consanguin entre cousins germains, est venue au monde chétive, la mère ayant été épuisée par trois grossesses successives.

Le père a eu dans sa jeunesse des accidents névralgiques qui furent considérés par Charcot comme hystériformes et qui disparurent

vers l'âge de dix-sept ans. Il ressent fréquemment des douleurs d'origine arthritique.

Le grand-père est également très arthritique. Un grand-oncle et une grand'tante étaient épileptiques.

La mère a eu du somnambulisme pendant l'enfance ; elle est atteinte d'un léger strabisme divergent.

La grand'mère, très arthritique, a eu des crises d'hystérie.

Une tante maternelle, atteinte d'un strabisme très accusé, a pissé au lit jusqu'à l'âge de dix ans. Elle est décédée par tuberculose, laissant deux enfants qui présentent les particularités suivantes :

1° L'aîné, âgé de treize ans, n'a pas de mictions involontaires, mais il est sujet à des évacuations fécales inconscientes provenant de l'appréhension de satisfaire à des nécessités ;

2° Le cadet, très impressionnable, est sujet à des crises de suffocation de nature hystérique.

Cette hérédité nerveuse étant établie, il n'est pas sans importance de faire connaître les maladies antérieures et le caractère de l'enfant.

Marguerite, pendant les dix-huit premiers mois de sa vie, fut affectée d'une entérite chronique qui eut pour effet de la débiliter profondément.

Elle est devenue propre vers l'âge de deux ans.

A quatre ans, elle fut atteinte d'une pneumonie infectieuse qui faillit l'emporter. Cette affection s'accompagna d'un délire très actif avec hallucinations ; l'enfant resta plongée pendant quarante-huit heures dans un état comateux.

C'est à partir de cette époque qu'elle se mit à pisser au lit la nuit.

En même temps son sommeil devenait très agité. Presque chaque soir, une heure environ après le coucher, elle se levait avec précipitation, en proie à une terreur indicible et en poussant les cris les plus violents. Son front devenait absolument glacé et sa figure se recouvrait de sueurs froides. Quoique les yeux fussent grands ouverts, le sommeil était très profond et il était impossible de la réveiller.

Jamais les parents ne purent obtenir d'elle, soit pendant qu'elle était plongée dans cet état, soit à l'état de veille, le moindre renseignement sur ses impressions terrifiantes.

Le bromure de potassium, les pilules de belladone et les autres ressources thérapeutiques dont l'usage est classique furent successivement employés pour obtenir la cessation de ces accidents, mais il n'y eut aucun résultat.

On essaya ensuite de supprimer tout médicament et de faire suivre à l'enfant un régime hygiénique sévère : longues promenades au grand air, douches, gymnastique. L'incontinence persista ; toutes les nuits étaient mouillées. On employa alors le procédé usité en Allemagne, et qui consiste à disposer le lit de la malade suivant un plan très incliné et à la faire coucher de telle sorte que ses jambes et son bassin fussent plus élevés que sa tête. Loin de constater une améliora-

tion, les parents remarquèrent que ce mode de couchage avait pour effet de provoquer des cauchemars plus intenses et des attaques de somnambulisme plus graves qu'à l'ordinaire.

L'affection durait donc depuis six ans lorsque Marguerite D... me fut amenée en septembre 1896. Les parents venaient me demander de la soumettre à un traitement hydrothérapique, espérant obtenir ainsi la guérison. Les douches furent administrées du mois de septembre 1896 au mois de janvier 1897. En même temps, j'essayai de lui faire de la suggestion à l'état de veille en lui disant qu'elle allait être guérie de son infirmité, qu'elle se réveillerait lorsqu'elle aurait envie d'uriner et irait se placer sur le vase.

Ce traitement n'eut pas d'effet bien sensible sur l'évolution de la maladie. L'enfant continua à pisser au lit tous les trois ou quatre jours. Il y eut cependant une période de quinze jours sans mictions involontaires. Marguerite gagna aussi à ce régime un meilleur appétit, se fortifia, engraissa un peu, et les rêves terrifiants perdirent beaucoup de leur intensité. Certains soirs même, ils ne se produisaient pas, et la malade, au lieu de pousser des cris de terreur entrecoupés de mots incompréhensibles, prononçait des paroles suffisamment intelligibles pour faire deviner qu'elle pensait à ses occupations de la journée, à ses parents, etc.

Cependant, la deuxième quinzaine de décembre fut marquée par des crises de somnambulisme plus intenses, les cauchemars et les rêves terrifiants reparurent; une nuit, l'enfant se jeta par-dessus la tête de son lit et se fit de graves contusions. Du 8 au 20 janvier 1897, il y eut six nuits mouillées.

J'interrompis alors le régime hydrothérapique, qui me parut avoir été suffisamment prolongé pour produire l'effet que l'on pouvait en espérer, et je proposai de nouveau à la famille d'avoir recours à la suggestion hypnotique.

Il est, en effet, bon de noter que j'avais songé à employer ce traitement dès le début, me rappelant l'intéressant travail de M. Cullerre dans les *Archives de neurologie* et ayant été frappé par les excellents résultats qu'il enregistrait à l'actif de cette méthode; mais les parents montraient une certaine appréhension vis-à-vis de ce procédé, et c'est pourquoi je dus différer son application.

Je finis par triompher de leurs hésitations, et le 24 janvier 1897 Marguerite D... est endormie par la fixation du regard, puis par l'occlusion des paupières aidée de la suggestion.

Au bout de cinq minutes, elle est en catalepsie. Pendant le sommeil, je lui pose, à la demande de sa famille, diverses questions relatives aux rêves terrifiants qu'elle fait habituellement et dont elle n'a jamais pu rendre compte. Elle me raconte alors qu'elle aperçoit des bêtes fauves qui cherchent à la dévorer, et que c'est pour leur échapper qu'elle se débat et qu'elle pousse des cris de terreur; que sous l'influence de ces apparitions elle éprouve le besoin d'uriner, et

que lorsqu'elle se réveille il est souvent trop tard; elle a mouillé son lit. Je lui suggère que tout cela disparaîtra, que dorénavant son sommeil sera calme, qu'elle ne pissera plus au lit, qu'elle sentira toujours le besoin et se réveillera aussitôt pour le satisfaire.

L'enfant est réveillée ensuite et n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son sommeil. Interrogée de nouveau sur la nature de ses rêves, elle est incapable de me donner sur ce chef la moindre explication.

Du 24 au 31, il ne se produit pas d'accident.

Les rêves sont insignifiants; l'enfant repose beaucoup mieux.

Le 31, je l'endors de nouveau pour affirmer l'influence forcément passagère de l'hypnose et je répète la suggestion.

De plus, afin de vérifier si la cessation des mictions est bien due à la suggestion ou est le résultat d'une simple coïncidence, je lui suggère en même temps de mettre le soir au dîner un pot de moutarde dans sa soupe. Elle se réveille très facilement en lui soufflant sur les yeux, et ne conserve, comme la première fois, aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Le soir, dès le commencement du repas, elle paraît mal à l'aise, se remue sur sa chaise, semble lutter contre une pensée qui l'obsède et finit par se précipiter sur le pot de moutarde qu'elle vide entièrement dans son assiette. Elle est incapable d'expliquer comment lui est venue cette idée et se met à fondre en un vrai déluge de pleurs, honteuse de ce qu'elle vient de faire.

Du 1er février au 22 mars, il n'y a pas une seule nuit mouillée.

Le sommeil est beaucoup plus calme.

Dans la nuit du 22, l'enfant a une attaque de somnambulisme; elle se lève, se promène dans la chambre et va se recoucher.

Le 24 et le 25, nuits mouillées.

Le 27, hypnose, avec attitudes cataleptoïdes et suggestion appropriée.

Depuis lors la guérison s'est maintenue.

J'ai l'occasion de voir l'enfant très fréquemment et je sais qu'elle n'a plus d'accidents.

Les rêves sont également modifiés; ils ne sont plus effrayants : elle pense aux occupations de la journée, à ses parents, à ses frères et sœurs, à ses jeux de la journée. Son sommeil est beaucoup moins lourd; elle n'a plus de crises de somnambulisme.

Cette observation nous paraît venir à l'appui de la thèse soutenue par nos confrères les Drs Guinon et Cullerre, à savoir que l'incontinence d'urine est souvent un stigmate névropathique, et que dans ce cas la suggestion hypnotique est le traitement le plus rationnel et le plus efficace.

M. Lamacq, en son nom et au nom de **M. Sabrazès** parle de trois enfants de dix à quatorze ans qui furent atteints d'hystérie et dont les observations, malgré la différence des symp-

tômes survenus chez chacun d'eux, présentent une certaine identité par le mode de début et la marche de la maladie. Tous trois avaient été ébranlés par un choc émotif et physique (l'un à la suite d'une explosion de gaz, l'autre par une chute dans un escalier; le troisième avait été effrayé par un mauvais plaisant qui lui avait serré le cou). A la suite de ces accidents, tous trois devinrent pâles, tristes, et subirent un amaigrissement notable. Comme phénomènes d'hystérie, l'un avait des pseudo-syncopes tous les jours à l'heure même de l'explosion; le second avait des crises de sanglots ou de colère; chez le troisième existait de la contracture du trapèze.

Au sujet de ces trois cas, les observateurs insistent sur les considérations suivantes :

1° Le choc moral, à lui seul ou associé à un traumatisme, peut, chez l'enfant comme chez l'adulte, provoquer l'apparition de l'hystérie;

2° Celle-ci peut s'accompagner de troubles de la nutrition générale (amaigrissement, pâleurs, anémie) affirmés par l'examen du sang et de l'urine;

3° Dans les trois cas, la suggestion à l'état de veille a bien réussi à produire une guérison rapide. Cette suggestion paraît, à l'âge des malades dont il s'agit ici, réussir plus facilement que chez l'adulte.

M. Bézy, au nom de **M. Terrien**, ancien interne des asiles de la Seine, dépose un mémoire intitulé l'*Hystérie infantile en Vendée;* il met en relief le grand intérêt que présentent les observations qui font la base de ce mémoire[1].

M. Terrien déclare qu'il n'a pour but que d'apporter son contingent de faits à l'étude si intéressante de la question. Ses observations ont été recueillies dans sa clientèle, au chevet de ses malades, dans un pays précisément très riche en affections nerveuses, où l'hystérie est très commune. « J'aurais pu, dit-il, classer mes observations d'après l'âge des enfants et établir, par

1. Le mémoire de M. le Dr Terrien est publié en son entier dans les *Archives de neurologie,* numéros d'octobre et novembre 1897. Il était trop long pour que, malgré son intérêt, nous ayons pu le reproduire complètement dans les comptes rendus du Congrès. — V. P.

exemple, trois catégories de malades; mais cette classification avait l'inconvénient de jeter un peu de confusion en mêlant les accidents trop dissemblables, quant à leur forme du moins.

« J'ai préféré les grouper d'après le genre des manifestations :

« I. Manifestations hystériques simulant les affections médullaires;

« II. Manifestations hystériques simulant les affections cérébrales ;

« III. Manifestations hystériques simulant les maladies des autres organes ;

« IV. Manifestations qui ne sont la copie d'aucune des affections signalées plus haut et qui ne se retrouvent que dans la névrose hystérique;

« V. Manifestations hystériques associées à d'autres maladies.

« Cette classification, certes, n'est pas parfaite, le même malade pouvant appartenir à des catégories différentes en raison des formes multiples sous lesquelles son hystérie nous apparaît à des époques diverses. Cependant, pour mettre un peu d'ordre dans le groupement de mes observations, je m'attacherai à la suivre autant que possible.

Observation I. — *Contracture hystérique chez un enfant de vingt-six mois. — Guérison au bout de cinq jours. — Aphonie un an après. — Guérison au bout de trois jours.*

B..., vingt-six mois, enfant mâle bien constitué, ne présentant aucun signe physique de dégénérescence et paraissant avoir pour son âge une intelligence suffisamment développée.

Antécédents héréditaires. — Son hérédité névropathique est très chargée. Père alcoolique avec stigmates très nets d'hystérie et signes non moins nets de dégénérescence mentale; mère très irritable et très impressionnable. Toute la famille est entachée de nervosisme.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à noter. Pas de maladies depuis la naissance. L'enfant a été nourri aux seins; la dentition s'est effectuée sans trop de fatigue, jamais de convulsions et pas de diarrhée ni constipation. La mère dit que le caractère du bébé est très difficile, ses colères sont violentes quand on lui refuse ce qu'il demande. Cris fréquents; sommeil agité.

Le début de l'affection qu'il présente actuellement et pour laquelle on est venu me consulter fut subit. L'enfant, bien portant, s'amuse à la maison, lorsque tout à coup la mère s'aperçoit que la tête du bébé

est projetée en arrière, le cou est raide; l'enfant s'avance difficilement et tout d'une pièce, en opisthotonos. Effrayée, la mère essaie de ramener en avant la tête de son petit. Impossible. Cris de l'enfant. A part cette déformation, il semble se bien porter et voudrait, sans doute, continuer à s'amuser si on ne lui arrachait pas ses jouets. On le conduit sur-le-champ à mon cabinet, car on craint une méningite.

Examen direct, 16 juin 1894. — J'ai devant moi un enfant qui, à part son attitude bizarre que je viens de décrire, ne semble nullement affligé; il a encore à la main un gros morceau de pain qu'il croque à belles dents, bien qu'il doive être gêné dans la déglutition par la position de sa tête, la face regardant le ciel et l'occiput touchant presque le dos.

J'avoue que je demeurai surpris, un peu embarrassé en face de cet enfant de vingt-six mois qui avait toutes les apparences d'une santé florissante et qui présentait une telle déformation survenue si subitement. J'essaie de faire jouer la tête; aucun mouvement en avant ni de côté n'est possible. L'enfant, du reste, se met aussitôt à crier quand je veux tenter toutes ces manœuvres. Pas de contractures dans les membres, pas de faiblesse musculaire. Les réflexes du genou et du pied sont normaux, le réflexe pharyngien semble conservé, de même le réflexe oculo-palpébral. Pas de strabisme, la sensibilité générale est intacte. Il ne m'est pas possible de constater ni aucune zone d'anesthésie, ni aucune plaque d'hyperesthésie.

L'examen de la sensibilité spéciale est négatif. Impossible, vu l'âge, de songer à étudier le degré d'acuité auditive, ni le degré d'acuité visuelle, ni de mesurer le champ visuel.

En résumé, je me trouvais en face d'une contracture survenue subitement, sans convulsions, chez un enfant qui jouissait d'une excellente santé et qui continuait à se bien porter. Pas de fièvre, pouls cependant un peu agité quoique la température fût normale, tube digestif en bon état, langue rosée, selles régulières, appétit excellent.

En présence de cette situation, quel diagnostic pouvais-je poser? Était-ce de la méningite? Il n'y fallait pas songer. Le début fut trop subit et la santé générale était trop satisfaisante. Du reste, pas d'hérédité tuberculeuse. Fallait-il penser à une excitation médullaire par mal de Pott? La colonne vertébrale est droite sans saillie anormale, sans douleurs à la pression.

A des accidents tétaniques? Mais il n'y a pas de trismus; la contracture, chez notre enfant, ne survient pas par accès, elle est permanente; de plus, il n'y a pas de modifications dans l'état général du petit sujet, la déglutition se fait bien et pas de fièvre.

A une lésion organique des centres cérébraux spinaux? Le mode de début, l'intégrité des membres, l'absence d'exaltation des réflexes éloignaient ce diagnostic.

Devait-on penser à un accident occasionné par les vers intesti-

naux? Nous n'avons eu ici ni perte de connaissance, ni convulsions cloniques, mais une contracture permanente s'installant d'emblée.

Par exclusion, on était donc forcé de se rattacher, et cela malgré l'absence de stigmates, au seul diagnostic d'hystérie. C'était une contracture hystérique; les événement, d'ailleurs, m'ont donné raison. Le lendemain, 17 juin 1894, j'allais voir chez lui le petit malade. L'état était le même; l'enfant s'amusait dans sa chambre et mangeait toujours d'un bon appétit. Le troisième jour, la contracture semblait avoir un peu diminué, la tête était moins renversée en arrière; le cinquième jour (21 juin), tout avait disparu.

Comme médication, quelques bains, et à l'intérieur, un peu de valérianate et de bromure.

Comment s'était produite cette contracture hystérique? Y a-t-il eu traumatisme? chute sur la tête, chute immédiate ou datant de quelques jours? Les renseignements sont négatifs à ce sujet, on ne s'est aperçu de rien. Ceci, du reste, n'a qu'une importance relative. On constate une contracture dont le véritable facteur étiologique est évidemment l'hérédité; quant à la cause occasionnelle, qui n'est pas nécessaire pour l'éclosion du mal, elle nous échappe.

Si des doutes avaient pu persister dans notre esprit sur la nature de l'accident, ils auraient été assurément dissipés par les manifestations que l'enfant a présentées dans la suite, et c'est un des avantages que présente l'exercice de la médecine à la campagne (je parle ici de la Vendée, où le paysan reste attaché au sol qui l'a vu naître). On peut y suivre longtemps ses malades, on ne les perd pas de vue.

Six mois après, décembre de la même année, je suis rappelé en toute hâte prés de ce même enfant. Cette fois, la mére ne craignait pas la méningite, mais elle redoutait le croup, d'autant qu'une petite épidémie sévissait dans la région. L'enfant perdait la voix subitement; il ne pouvait plus parler, il ne se faisait plus entendre, il se faisait seulement comprendre par gestes et par la mimique de la face. Cet accident était survenu aprés une crise de colère; l'enfant avait voulu suivre son père aux champs, et on lui avait fermé la porte pour l'en empêcher.

Là, il n'y avait pas d'hésitation; ce n'était certes pas le croup, comme le croyait la mère, — pas de fièvre, pas d'angine, pas de dyspnée, — ni le faux croup, aucune gêne respiratoire, aucune crise de suffocation. — C'était de l'aphonie hystérique.

Cet accident dura trois jours, puis la voix est revenue, d'abord voilée, puis très nette, sans bégaiement.

Depuis cette époque, l'enfant n'a rien présenté qui mérite d'être signalé.

Observation II. — *Paraplégie hystérique chez un enfant de six ans produite par l'autosuggestion. — L'enfant copiant une pa-*

résie diphtéritique que venait de faire son frère. — Guérison en trois jours.

H..., six ans. Hérédité nerveuse. Mère neurasthénique, tante hystérique avec crises, père alcoolique.

Comme antécédents personnels, rien de particulier à noter; pas de maladies antérieures sinon la coqueluche à trois ans.

En janvier 1896, son frère aîné est atteint d'une angine diphtéritique grave; il guérit de son angine, mais huit jours après survient la paralysie du voile du palais avec le nasonnement caractéristique, puis bientôt de la faiblesse dans les jambes, faiblesse qui va en s'accentuant et rend enfin la marche impossible. Tous les jours, j'allais voir le malade, et j'examinais en même temps la gorge et le pouls des trois autres enfants de la maison.

A une de mes visites, le 8 février, au lieu d'un malade à électriser on m'en présente deux, le plus jeune âgé de cinq ans qui ne peut plus marcher à son tour et, de plus, on ne peut lui toucher les jambes sans le faire crier. L'examen de la gorge ne m'indique rien; la voix est nette, non nasillarde; le pouls, la température, tout est normal; les réflexes sont conservés. Était-ce là aussi une paralysie diphtéritique et sans manifestations préalables à la gorge? Je ne devais guère y penser; chaque matin l'examen de cet enfant ne m'avait rien révélé qui pût indiquer qu'il fût contaminé; jamais de fièvre et toujours excellent appétit. De plus, cette paraplégie n'avait pas été précédée de la paralysie du voile du palais, et enfin cette paraplégie était douloureuse et la paraplégie diphtéritique ne l'est pas : il n'y a pas comme ici d'hyperesthésie cutanée. Enfin, la guérison presque immédiate acheva de fixer le diagnostic d'hystérie que je posais dès le début.

Je dis à l'enfant que demain j'allais revenir, je l'électriserais comme son frère, et je le persuadai qu'étant plus jeune il marcherait immédiatement. Je le fais isoler aussitôt de son aîné et le lendemain je viens l'électriser. Après une courte séance, je lui ordonne de marcher; il titube d'abord, mais, en l'aidant un peu, il fait quelques pas. Après la seconde séance il courait dans sa chambre; il était guéri. L'étiologie de cet accident est donc assez remarquable : l'enfant s'était fait lui-même sa paralysie en regardant son frère paralysé.

Observation III. — *Paraplégie hystéro-traumatique avec hyperesthesie chez un enfant de huit ans. — Guérison au bout d'un mois. — Un an après, parésie par suggestion des parents sur l'enfant, la lune de l'année devant pour la mère produire les mêmes effets que la lune correspondante de l'année précédente* (sic). — *Guérison au bout de dix jours.*

Cet enfant jetait un jour, en revenant de l'école, des pierres à un cantonnier. Colère du cantonnier qui aussitôt court après le bambin;

celui-ci, dans sa fuite, tombe à terre, mais ne se fait aucun mal. Deux jours après, il commence à éprouver une grande faiblesse dans les jambes, il titube en marchant, puis il ressent une douleur très vive dans les membres inférieurs, surtout au niveau des genoux. On ne peut imprimer aucun mouvement aux jambes sans arracher à l'enfant des cris perçants ; l'extension est surtout très pénible. C'est à ce moment qu'on se décide à me faire appeler (25 août 1893). Je trouve l'enfant au lit, les membres inférieurs en demi-flexion. Pas de gonflement aux articulations, pas de fièvre, mais une hyperesthésie très accentuée de toute la jambe; le simple frôlement de main, même le contact des draps détermine une violente douleur. Je note un peu d'exagération du réflexe rotulien.

Les renseignements donnés par la famille sur la chute et le début de l'affection me font penser à l'hystérie. Je recherche s'il n'existe pas quelques stigmates, mais, je le répète, cette recherche est le plus souvent infructueuse chez l'enfant; je n'en trouve pas, sauf peut-être un peu d'anesthésie du pharynx. Malgré l'absence des stigmates, en raison de l'hérédité névropathique accumulée que je note en passant, surtout du côté paternel (grand'mère paternelle, père, oncle paternel, excessivement nerveux), je pose le diagnostic : paraplégie et hyperesthésie hystéro-traumatiques.

J'essaie, mais en vain, de plonger l'enfant dans le sommeil hypnotique. A ma seconde visite, je lui fais passer dans les jambes quelques courants électriques, en lui assurant qu'il serait vite guéri. Pourquoi ai-je employé l'électricité ? Uniquement, je l'avoue, parce que ce traitement frappe beaucoup l'imagination du paysan vendéen et qu'il attribue une grande vertu à tout ce qui lui semble extraordinaire. C'est un moyen de faire la suggestion avec quelques chances de succès.

La guérison fut pourtant assez lente à se produire; à chaque séance cependant je constatais une légère amélioration. D'abord, quand on essayait de le faire marcher, il fallait le soutenir, presque le porter, les jambes restaient à demi-fléchies, puis, au bout de quelques minutes, il s'affaissait complètement en jetant des cris de douleur.

Bientôt il put faire quelques pas, mais toujours le corps penché en avant et les jambes légérement pliées.

Enfin, au bout d'un mois, les douleurs avaient complètement disparu et la marche était normale.

Je n'entendais plus parler de cet enfant lorsque, un an après, on le ramène dans mon cabinet. « Nous vous présentons votre malade de l'année dernière, disent les parents; c'est dans ce même mois qu'il a été frappé de paralysie et, à la même lune, nous remarquons déjà qu'il marche difficilement, il éprouve de la douleur. La maladie de l'an passé va reparaître. » En effet, je constate que l'enfant a de la peine à se mouvoir. « Mais vous lui faites vous-mêmes sa paralysie,

m'écriai-je indigné; vous lui répétez sans cesse qu'il ne pourra bientôt plus marcher. A l'avenir, je vous défends de lui en parler. » Mais la suggestion avait accompli son œuvre. La parésie était faite.

Dix jours après, notre petit malade avait retrouvé l'usage de ses membres et les douleurs avaient disparu.

Dans cette observation, on ne peut soulever aucun doute sur la nature de l'accident; le mode de début, le traumatisme qui est à la tête de la paralysie, l'évolution de la maladie, sa disparition totale, puis la reprise de l'accident sous l'influence de la suggestion faite par les parents, tout cela n'appartient qu'à l'hystérie et ne peut se rencontrer dans aucune autre affection, et, ici, il est intéressant de constater quel rôle néfaste jouent parfois les parents dans l'éclosion des phénomènes hystériques. On peut comprendre dès lors toute l'importance que l'on doit attacher à l'isolement quand cet isolement est possible.

Observation IV. — *Enfant de trois ans. — Contracture des muscles de la nuque. — Tête jetée en arrière et comme enfoncée dans les épaules. — Cessation au bout de trois jours. — Six jours après, paralysie complète et flasque du bras gauche, suivie au bout de deux jours d'une parésie des deux jambes. — Guérison rapide de la parésie* (trois jours). — *Guérison de la paralysie brachiale* (vingt-deux jours).

Enfant chétif, ayant présenté à l'âge de huit mois une entérite aiguë qui mit ses jours en danger. A deux ans, bronchite. Hérédité névropathique et tuberculeuse; oncle maternel phtisique, un frère mort de méningite, mère hystérique, père entaché de nervosisme.

Le 25 avril 1897, l'enfant est pris de fièvre et de diarrhée. Je diagnostique : embarras gastrique. Je donne un léger purgatif et un peu de sulfate de quinine.

Le 29 avril, la fièvre disparaît, l'enfant a retrouvé son appétit; il commence à s'amuser avec ses petits camarades de la ferme. On le conduit cependant à mon cabinet parce que sa tête ne peut pas se mouvoir. Je constate, en effet, une contracture très prononcée des muscles du cou; l'enfant se tourne tout d'une pièce quand il veut regarder de côté. Pas de douleur à la pression au niveau de la nuque; le bébé crie seulement quand on essaie de vaincre la résistance des muscles contracturés.

Le 2 mai, la contracture a cessé; elle a donc duré trois jours.

Le 8 mai, on me rappelle près de l'enfant. Le bras gauche était paralysé. Déjà, la veille, on avait remarqué que la main laissait échapper les objets qu'elle avait saisis; puis la faiblesse musculaire s'était accentuée et, au moment où je l'examinais, le bras était pendant le long du corps, les doigts étaient allongés et inertes. C'était une paralysie flasque; les réflexes étaient conservés, la sensibilité était dimi-

nuée à l'avant-bras, normale au bras et à l'épaule. Je constatais le lendemain que la réaction faradique n'avait pas disparu, les sphincters n'étaient pas atteints. Mais la paralysie ne devait pas s'arrêter là; deux jours après (10 mai), c'était le tour des deux jambes. Cette fois, la paralysie n'était pas complète : c'était une très grande faiblesse. L'enfant se tenait debout difficilement et, si on lui commandait de marcher, il criait, craignant de tomber. Il fallait donc le soutenir dans sa marche, les pieds traînaient alors sur le sol, se heurtaient l'un dans l'autre, le corps progressait en se balançant.

Cette parésie s'effaçait au bout de trois jours, mais la paralysie brachiale persistait toujours. Enfin, le 20 mai, c'est-à-dire après une durée de douze jours, l'enfant commençait à soulever son bras; l'avant-bras et la main n'avaient pas encore retrouvé le mouvement

Le 22, la sensibilité était absolument normale et les doigts pouvaient se fléchir.

Le 25, l'enfant pouvait saisir son pain et le porter à sa bouche.

Pas d'atrophie du membre et pas de déformation.

Le 30, la guérison était complète.

Le diagnostic, au début de la paralysie, devait se faire avec la paralysie infantile. Mais dans la polyomyélite antérieure il n'y a pas de troubles de la sensibilité, la réaction est nulle sous les courants faradiques, les réflexes sont ordinairement abolis ou tout au moins diminués, puis la paralysie frappe d'emblée le petit malade; dans une seule nuit, elle est devenue complète : elle n'atteint pas un jour le bras, puis quelques jours aprés les autres membres. Enfin, la guérison, qui est survenue au bout de vingt-deux jours sans laisser de trace, sans marque d'atrophie ni de déformation, achève de fixer le diagnostic de contracture et de paralysie hystérique.

Observation V. — *Aphonie et amnésie survenues à la suite d'une chute sur le genou chez un garçon de onze ans. — Guérison par suggestion.*

X..., onze ans. Mère très nerveuse, père congestif. N'avait jamais rien présenté d'anormal; son caractère était doux, patient. La santé physique était excellente. Son pére meurt subitement en descendant du train, frappé d'apoplexie. Le caractère de l'enfant change aussitôt : il est devenu triste, pleure à chaque instant et sans motif. Quelques jours plus tard, il fait une chute sur le genou. La chute n'était pas grave : une simple ecchymose, c'était tout. Ce fut pourtant suffisant pour amener les premières manifestations d'un mal qui aurait pu éclater bien plus tard et peut-être jamais. Les émotions causées par la mort de son père avaient préparé l'hystérie, la chute la fit apparaître.

Le soir de la chute, il perdit la voix complètement sans perdre connaissance, sans éprouver rien d'anormal en dehors de cette apho-

nie; on remarqua, toutefois, un certain degré d'amnésie. Quand on le conduisit dans mon cabinet, l'aphonie avait disparu : il ne restait plus qu'une sorte de bégaiement, ce bégaiement qui termine souvent ce phénomène nerveux; outre ce bégaiement, je constatais encore que la mémoire était bien diminuée et une sorte d'hébétude se peignait sur son visage.

Cette simple chute sur le genou avait donc eu de très singulières conséquences puisqu'elle rendait d'un seul coup l'enfant amnésique; il perd la mémoire des mouvements coordonnés des lèvres et de la langue, nécessaires pour l'articulation des mots (il est aphone), et cette amnésie s'étend également sur presque toutes ses connaissances acquises; il a perdu le souvenir. Sa mère n'a pas su me dire s'il aurait pu écrire, calculer; elle ne le croit pas, car son intelligence s'était subitement obscurcie. Quel traitement a-t-on fait suivre à ce malade? On lui avait appliqué, nous dit la mère, quelques sangsues. Pourquoi? On avait sans doute cru à une lésion organique, et pourtant c'était bien l'hystérie qui était en jeu, car outre cette aphonie qui n'existe ainsi marquée que dans l'hystérie, aphonie survenant sans perte de connaissance après un choc léger, je constatais un rétrécissement concentrique notable du champ visuel, une diminution de la sensibilité du côté gauche et un peu d'anesthésie pharyngienne. Quelle conduite devais-je tenir dans la circonstance? Il était probable que tout allait bientôt rentrer dans l'ordre; pourtant, je voulais voir si l'hypnotisme pouvait faire cesser immédiatement ces bégaiements et ce qu'il pouvait faire également sur l'amnésie. Le résultat fut très heureux, car quelques jours après on m'apprenait que l'enfant était complètement guéri de son bégaiement et que la mémoire lui était revenue.

Cette observation offre un certain intérêt, car ces cas d'amnésie hystéro-traumatique doivent être rares.

OBSERVATION VI. — *Pseudo-méningite hystérique* (enfant de deux ans). — *Aphonie consécutive ayant persisté six semaines.* — *Coxalgie hystérique à cinq ans.*

Petite fille de deux ans ayant toujours eu une santé excellente; n'a jamais eu de convulsions. A l'époque de la dentition, a eu pendant quelques jours la diarrhée verte; a marché à treize mois, a parlé à douze.

Hérédité névropathique du côté paternel et maternel; un frère (nous verrons son observation plus loin) a présenté de la coxalgie hystérique.

18 août 1894. — L'affection pour laquelle je fus appelé débute subitement. La veille, la fillette s'était amusée comme de coutume; ses selles étaient régulières. Le soir, elle dinait, cependant moins bien, et avait eu quelques vomissements. « Je veux me coucher, dit-

elle. » Ce n'était guère dans ses habitudes; il fallait souvent la violenter un peu pour la mettre au lit. On la couche. La nuit se passe sans incident ou plutôt on ne remarque rien, l'enfant paraissant dormir d'un sommeil profond et calme. A-t-elle eu des convulsions? On ne peut le savoir. Le matin, au réveil, on va au lit de la poupонne : elle dort toujours; on essaie de la réveiller : efforts inutiles, elle ne fait aucun mouvement; par instants, elle ouvre les yeux, mais elle semble ne pas voir; elle n'a pas la parole.

On m'appelle alors en toute hâte. Je trouve l'enfant dans le coma; elle est insensible à la piqûre, ses bras soulevés retombent inertes.

Est-ce du coma apoplectique? Est-ce une méningite? Est-ce, en raison de l'hérédité nerveuse dont je savais la famille entachée, une pseudo-méningite? Autant de questions que je me pose, évidemment, sans pouvoir émettre à cette heure une opinion précise. Cependant je me souviens fort bien que dès le début je consolais les parents en leur faisant espérer que ce pouvait bien n'être qu'un drame hystérique qui se déroulait devant nos yeux. La respiration n'était point stertoreuse, de plus, elle était régulière, les pupilles étaient très dilatées mais égales, le ventre un peu rétracté, la raie méningitique était assez nette. Pouls agité, température 37° 1/2.

Dans l'incertitude du diagnostic, je fais apposer sur la tête de la glace, des sangsues aux apophyses, etc., et ordonne un lavement purgatif. Le lendemain matin, même état; la constipation, assez opiniâtre, cède cependant après un second lavement qui amène une selle abondante, urines en quantité assez notable puisqu'elles ont imprégné tout le linge du berceau. L'insensibilité est toujours aussi complète, pas de convulsions, toujours le même coma, le même masque immobile de la face et les membres toujours inertes. Il est difficile de lui faire absorber un peu de lait. Pas de vomissements dans la journée.

Cinq jours après (24 août) l'enfant commence à être sensible aux piqûres; elle commence à remuer les bras et les jambes, mais toujours indifférence absolue et pas de parole.

3 septembre. — C'est-à-dire quinze jours après le début de l'accident, la fillette reprend connaissance; elle entend quand on lui parle et paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais l'aphonie persiste, complète.

18 septembre. — L'enfant marche, s'amuse, l'aphonie persiste.

26 septembre. — La parole est revenue sans beaucoup de tâtonnements; toutefois, les premiers mots prononcés, elle ne peut les achever : « pap... pour papa, mam... pour maman. »

Puis tout est revenu dans l'ordre. C'est aujourd'hui une belle enfant de cinq ans qui, depuis cette crise, s'est bien portée jusqu'au mois de janvier de cette année où elle a présenté un peu de claudication et de la douleur dans les hanches; claudication qui s'est effacée, paraît-il,, au bout de deux mois environ. Je dis paraît-il, car (oh! la

reconnaissance du client pour son médecin!) on avait cessé de m'appeler malgré les remerciements dont on m'avait accablé à l'époque lorsque la première affection s'était produite. Je ne peux donc pas donner de renseignements complets sur cette dernière maladie, mais nous verrons plus loin que j'avais soigné un frère de la petite malade pour une pseudo-coxalgie hystérique.

Ce dernier accident de l'enfant semble bien être de même nature.

Observation VII. — *Pseudo-méningite à répétition chez une petite fille, à huit ans, dix ans et quatorze ans.*

Hérédité nerveuse. — Mère ayant eu des crises de nerfs dans sa jeunesse; sœur ayant présenté une contracture hystérique du bras et du cou; ses autres frères et sœurs sont égalemcnt d'un caractère nerveux, impressionnable.

Comme antécédents personnels, la petite M... aurait présenté, à l'âge de deux ans et à cinq ans, des « crises de vers », dit la mère.

A l'âge de huit ans, elle est prise, un jour, de vomissements. On croit d'abord à une indigestion; pourtant elle n'avait presque pas absorbé de nourriture depuis deux ou trois jours, elle n'avait pas d'appétit. Ces vomissements se répètent pendant vingt-quatre heures et sans interruption; une simple gorgée de lait est aussitôt rejetée. Puis, au bout de vingt-quatre heures, les vomissements cessent pour faire place à un état plus alarmant; la perte de connaissance est complète; on la pique, elle est insensible. Elle n'entend ni ne voit. Le médecin qui soigne l'enfant porte le diagnostic « méningite. » On lui applique glace sur la tête, sangsues aux oreilles, vésicatoire à la nuque. On porte un pronostic fatal qui ne se réalise pas. L'enfant guérit au bout de trois jours.

A dix ans, le même accident se produit avec le même cortège de symptômes, mais atténués cependant. Guérison au bout de deux jours.

Il y a quatre mois (fin février 1897) — la malade a maintenant quatorze ans — je suis appelé à lui donner mes soins pour une anémie très accentuée; la fillette n'a jamais eu ses règles, elle est excessivement pâle, et présente le souffle carotidien.

Quelques jours après, le 5 mars, on me fait entrer voir la jeune malade. Toujours même faiblesse; l'enfant n'a plus la force de marcher, elle est au lit; depuis le matin, elle vomissait sans cesse. La nuit on me rappelle en toute hâte, la malade étant sans connaissance, les yeux hagards, la face d'une pâleur extrême, le pouls très petit, très agité, 150 à 160 à la minute; la température en désaccord avec le pouls 36; sueurs froides, abondantes sur le visage; le ventre n'est pas rétracté, mais la tache cérébrale existe avec une grande netteté, la constipation est opiniâtre, car j'avais ordonné, la veille, un lavement purgatif assez énergique qui n'avait rien produit. Pas

d'urine depuis quinze heures. L'insensibilité est absolue, la perte de connaissance est complète. Coma.

C'était la nuit; le lendemain matin, au coma succède une période d'agitation extrême, il faut l'aide de plusieurs personnes pour pouvoir maintenir la malade dans son lit. Contractures passagères des mains, contracture dorsale, figure grimaçante, écume à la bouche. Toujours pas d'urine et pas de vomissements depuis la perte de connaissance. Je prescris un lavement au chloral et un bain. Les parents me supplient d'appliquer des sangsues aux oreilles. « Ça l'avait guérie de sa première et de sa seconde méningite », disent-ils. Je déclare que je ne crois pas, pour le moment, à de la méningite; que ces méningites d'autrefois, du reste, n'étaient pas de vraies méningites, qu'elles avaient précisément trop bien guéri; cependant je dois avouer que j'attendais avec une certaine anxiété le dénouement de cette crise. En raison de la petitesse de ce pouls vraiment filiforme, de cette pâleur effrayante, de cette anurie, je fais une injection de sérum artificiel. Évidemment, je ne veux pas mettre sur le compte de cette injection la cessation des phénomènes; mais j'avais à peine quitté la maison qu'on me rappelle aussitôt : la malade venait de reprendre connaissance. Elle se met à uriner, une urine claire, limpide, assez abondante, urine nerveuse. Ceci m'étonne un peu, car une demi-heure auparavant j'avais percuté la vessie, sondé la malade, et n'avais retiré que quelques gouttes d'urine.

Je revois la malade le soir : elle est bien, son pouls est bon et moins fréquent; elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé depuis deux jours, ne se souvient pas de m'avoir vu la veille, alors qu'elle me parlait bien et semblait avoir pleine connaissance.

Bien peu de choses manquent au tableau de la méningite : nous avons des vomissements, de la constipation, perte de connaissance, de la céphalée, des contractures, de l'anesthésie, du coma, puis de l'agitation, du délire, fièvre dissociée, raie méningitique. Pourquoi n'ai-je pas cru tout d'abord à la vraie méningite? La soudaineté du début, et l'histoire de cette malade qui avait traversé des états analogues et qui avait guéri. La respiration de Cheynes-Stokes faisait défaut, et dans tous les cas de pseudo-méningites que j'ai rencontrés, je l'ai vue manquer. J'ai noté également le désaccord entre le pouls et la température. Tandis que dans la vraie méningite c'est le pouls qui est lent et la température élevée, ici c'est le contraire.

Enfin, la terminaison heureuse et rapide venait lever toute incertitude.

Observation VIII. — *Pseudo-méningite hystéro-traumatique chez une fillette à un an et demi et à trois ans.*

Le petit bébé à un an et demi, fait une chute sur la tête (janv. 1895). Une légère ecchymose au front marque, d'abord seule, l'accident.

Le lendemain l'enfant est prise d'une fièvre violente avec agitation, cris, véritables cris hydrencéphaliques, constipation, ventre rétracté, mais pas de vomissements, pas de perte de connaissance; puis l'agitation cesse, l'enfant dort continuellement, sa respiration est assez régulière, pupilles dilatées et égales. Cet état dûra huit jours, puis la guérison survient.

En mars 1897, nouvelle chute sur la tête, nouvelle crise de fausse méningite : vomissements, fièvre, agitation, se plaint de la tête. Par instants, la fillette veut s'arracher les cheveux, on est obligé d'être constamment près de son lit pour éviter qu'elle ne se fasse mal. Cris aigus, qu'on peut entendre au loin, venant entrecouper un sommeil agité; respiration régulière, pupilles égales; la raie méningitique du ventre est très nette, mais cette raie n'existe pas seulement au ventre; partout où l'on exerce une pression, même la plus légère, on détermine de la rougeur avec surélévation des téguments dans la partie touchée — véritable dermographisme hystérique — puis une toux sèche, quinteuse, survient. Au bout de dix jours tous ces symptômes avaient disparu.

Comme hérédité : père alcoolique, mère alcoolique et nerveuse.

Observation IX. — *Pseudo-méningite chez un petit garçon de trois à six ans et (d'après renseignements recueillis) hémiplégie guérissant au bout de trois semaines sans laisser de traces.*

Hérédité très chargée : père, mère, tantes, oncles, tant du côté paternel que maternel, tous nerveux.

Antécédents personnels nuls, mais caractère excessivement difficile; colères fréquentes, se roule à terre, etc...

En janvier 1894, il est pris d'une fièvre intense, crie sa tête : « Oh ! ma tête ! » se cache la face dans les oreillers; quelques secousses convulsives dans les membres, grimaces de la face, agitation; il essaie de déchirer les linges qui le recouvrent; vomissements, constipation, pupilles égales et réagissant bien à la lumière. Pas de perte de connaissance, pouls à 140 et température 39°.

Quatre jours après je revois le malade, il était guéri. Ces phénomènes avaient duré trois jours.

C'était évidemment du méningisme hystérique, car voilà les renseignements que j'ai recueillis tout dernièrement sur cet enfant que je n'avais pas revu depuis. (Il habite loin des Essarts). Il aurait eu, m'écrivent les parents, une maladie de la moelle épinière ?? Il a été paralysé de tout un côté durant trois à quatre semaines. Mais il est très bien guéri, il jouit actuellement d'une trés bonne santé.

Cette maladie de la moelle, pour moi qui ai connu l'enfant, a bien l'air de ressembler à de l'hémiplégie hystérique, la paralysie ayant

duré trois semaines sans laisser de traces chez un petit malade excessivement nerveux qui a fait déjà du méningisme hystérique.

OBSERVATION X. — *Pseudo-méningite chez une fillette de sept ans. — Guérison au bout de dix jours.*

Marie G... appartient à une grande famille d'hystériques ; son père a eu de la parésie hystérique avec hyperesthésie; son frère a eu de la paraplégie hystérique, et un an après sa paraplégie une monoplégie brachiale, suite d'une chute sur les bras; sa mère a eu de l'anesthésie hystéro-traumatique, sans paralysie.

Comme antécédents personnels on ne me signale rien d'intéressant. D'un caractère vif, impressionnable, riant aussi facilement qu'elle pleure. Bonne santé habituelle. En août 1893, elle est prise d'une violente céphalalgie ; ce sont des cris aigus, qui font peur, dit la mère. Elle ne peut plus voir le jour, ses yeux sont presque constamment clos, elle se cache la figure dans les draps. Ces crises se répètent tous les quarts d'heure. La respiration présente parfois quelque temps d'arrêt, mais ces arrêts n'ont pas la régularité que l'on constate dans la vraie méningite; pupilles égales; constipation, vomissements très abondants et incoercibles. Malgré toutes les préparations antiémétiques ordonnées le vomissement continue ; mais l'enfant ne vomit pas les aliments ingérés, son estomac faisant comme une sorte de sélection, rejette simplement une matière glaireuse, extrêmement abondante et cela aussitôt l'absorption de la nourriture.

Tous les traitements institués sont sans résultat; aucune amélioration ne se fait sentir. La suggestion pendant le sommeil hypnotique ayant si bien réussi chez tous les membres de la famille, j'essaie l'hypnose chez l'enfant : impossibilité absolue malgré des tentatives répétées. Je lui fais, sans sommeil, de la suggestion avec un médicament quelconque que j'ordonne : la guérison est immédiate, les vomissements cessent aussitôt, la douleur de tête s'efface, la fillette reprend sa vie habituelle.

Avec l'enfant de l'observation II, c'est le cas d'hystérie infantile où j'ai réussi par suggestion à l'état de veille à supprimer les accidents.

Il n'en est pas ainsi chez mes vieux hystériques vendéens, ainsi que je le constatais dans l'article « Hystérie en Vendée ». Chez eux, la suggestion, même à l'état de veille, est très efficace.

OBSERVATION XI. — *Diabète insipide hydrurique chez un petit garçon de deux ans et demi. — 10 à 12 litres de boisson par jour. — 8 à 10 litres d'urine. — Aucune trace de sucre. — Parésie hystérique à cinq ans. — Rougeole à six ans avec cessation de la*

polyurie et de la polydipsie pendant la rougeole. — Reprise du diabète. — Hérédité névropathique accumulée[1].

Observation XII. — *Diabète insipide hydrurique chez un enfant de vingt-deux mois. — Durée cinq mois. — Sueurs abondantes succédant à cette hydrurie. — Tare nerveuse. — Tempérament excessivement nerveux.*

Observation XIII. — *Coxalgie hystérique chez un jeune garçon de sept ans. — Guérison au bout d'un mois et demi.*

C'est le frère de la petite J... de l'observation V. On s'aperçoit un jour qu'il boite en marchant. La cause de cette claudication semble, pour les parents, résider dans la hanche droite. On le conduit dans mon cabinet, et voici les constatations qu'il m'est donné de faire : douleurs vives à la pression, au niveau du grand trochanter, du sacrum et à l'aine; cette douleur s'irradie le long de la cuisse, à la face antérieure.

Le pli fessier n'est pas au même niveau que le pli fessier du côté opposé, une légère ensellure lombaire existe; quand je veux faire mouvoir la cuisse, l'enfant crie que je lui fais mal. Je n'entends pas de craquements, l'articulation est donc libre. Claudication très accentuée. C'est donc bien, à part l'absence de craquements, le tableau de la coxalgie organique.

Et pourtant l'évolution de la maladie, sa terminaison heureuse au bout de deux mois indiquent nettement, malgré l'absence de stigmates, que nous nous trouvons en face d'un phénomène hystérique. Du reste, l'hérédité est là : hérédité névropathique et non tuberculeuse, la sœur ayant présenté de la pseudo-méningite (observation VI) et de la pseudo-coxalgie.

Du reste, un an avant cet accident de pseudo-coxalgie, cet enfant a eu de l'œdème de la jambe avec douleur vive le long du tibia; j'avais cru à de l'ostéite, lorsque, à mon grand étonnement, œdème et douleur avaient disparu.

C'était évidemment une manifestation de la névrose hystérique.

Depuis cette époque l'enfant s'est bien porté; il a actuellement

1. Ces deux observations, la première surtout, sont des plus remarquables en ce qui concerne la polyurie et la polydipsie qu'il est exceptionnel de voir se produire à un si haut degré chez des enfants aussi jeunes. Si nous nous bornons à en publier le sommaire, c'est parce que l'auteur s'y étend surtout sur les phénomènes de diabète insipide, et que, bien qu'il n'hésite pas à faire de celui-ci une manifestation hystérique, les détails relatifs aux stigmates d'hystérie que présentaient les malades n'offrent rien qui n'ait été dit ailleurs. — On trouvera ces deux observations en entier dans les archives de neurologie, au lieu indiqué.

douze ans, c'est un petit garçon fort et vigoureux qui commence déjà à aider ses parents dans les travaux de labour.

Observation XIV. — *Fillette de sept ans. — Étouffements nerveux, enrouement nerveux. — A quatorze ans, après une tentative de viol, crises de sommeil, aboiement nerveux, accès convulsif.*

Plusieurs fois on avait conduit la fillette à ma consultation; un jour, c'était pour des étouffements qui inquiétaient les parents, étouffements survenant par accès, dont la durée variait de huit à quinze jours; d'autres fois, c'était pour un enrouement très prononcé qui faisait craindre le croup à la famille. En raison de l'hérédité nerveuse de l'enfant, grand'mère maternelle hystérique avec crises, mère et tantes maternelles excessivement impressionnables, névropathes, j'avais porté le diagnostic étouffements, enrouement hystérique, diminution de la sensibilité du pharynx.

Il y a huit mois (sept. 1896), un fournisseur vient dans la maison où elle servait comme petite bonne d'enfant, et essaie, en l'absence des maîtres, de la violer. Aux cris de la petite fille, on accourt, et le viol n'est pas consommé; mais deux heures après, on trouve l'enfant couchée et profondément endormie; sa maîtresse a beaucoup de peine à la faire sortir de ce sommeil. Les étouffements qu'elle a présentés à sept ans se reproduisent, mais avec une plus grande intensité; l'enfant, le visage anxieux, la bouche démesurément ouverte, le corps plié en deux, les mains crispées, s'accrochant aux meubles, essaie, en se débattant, d'avoir une large respiration qui ne vient pas.

A cette période de crises, caractérisées par des étouffements, période qui dure un mois, en succède une autre marquée par des phénomènes bruyants; toutes les heures environ, elle se met à pousser des cris aigus, tellement aigus qu'il était facile de les entendre à une grande distance. Quand l'enfant sentait venir sa crise, elle se jetait aussitôt à terre, et là, la bouche largement ouverte, elle laisse échapper de véritables aboiements qui, la nuit, réveillent les gens du quartier. Par la compression des ovaires, j'arrive à arrêter la crise; par la suggestion, je l'ai supprimée totalement.

Cette fillette a, paraît-il, en ce moment, de grandes crises avec chute à terre, perte de connaissance, mouvements convulsifs. On n'a pas voulu me faire appeler parce que les parents s'imaginent qu'elle tombe « d'un haut mal » et qu'elle n'a pas besoin, par conséquent, du secours inutile de son médecin.

Observation XV. — *Enfant de un an. — Crises d'hystérie, convulsions toniques, cloniques, sans aura, sans sommeil consécutif.*

Hérédité maternelle et paternelle : père alcoolique, mère nerveuse, tante maternelle hystérique.

L'enfant, jusqu'à un an, n'a rien présenté de particulier : la dentition s'est bien effectuée sans trop de fatigue, santé générale excellente. Pas de constipation, pas de diarrhée; l'enfant est nourrie aux seins. A l'âge de un an, elle a sa première crise; les membres se raidissent, les yeux sont convulsés en haut, la face est violacée. Puis les convulsions cloniques apparaissent; au bout de deux minutes, la crise cesse et l'enfant se met tantôt à rire et tantôt à crier. Pas de coma succédant à l'agitation. Lorsque j'arrivai la première fois pour voir l'enfant, la seconde crise venait de se terminer, et je trouvai un beau bébé qui, certes, ne paraissait nullement souffrir; il s'amusait sur son berceau. Je réservai mon diagnostic. Était-ce une crise due à la dentition? Était-ce une crise due à quelques lombrics? Était-ce une crise d'hystérie, ou d'épilepsie? Le réveil, à coup sûr, n'était pas celui de l'épilepsie que je devais aussitôt éliminer. Le lendemain, on me rappelle; une nouvelle crise s'était produite. Pendant ma consultation, nouvel accès en tout semblable à celui que j'ai décrit plus haut; puis, ces mêmes crises se répètent. Depuis trois ans, les accès n'ont pas reparu. L'enfant, très intelligente, a un caractère très irritable, très émotif, pleurant pour les plus futiles motifs; elle a des terreurs nocturnes, se jette subitement hors de son lit croyant voir des bêtes qui viennent la dévorer, etc..., a de l'incontinence nocturne d'urine[1].

La recherche des stigmates hystériques ne donne pas de résultats; les crises se répétant tous les mois pendant un an et demi, dans la forme que j'ai décrite plus haut, le caractère de l'enfant, la tare héréditaire, tout plaide en faveur de la névrose.

Observation XVI. — *Somnambulisme hystérique. — Vision à distance. — Enfant de treize ans.*

Ce n'est pas sans hésitation que je raconte l'histoire de cette malade; mais le clinicien qui a observé doit dire tout ce qu'il a vu, si extraordinaires, si invraisemblables même que paraissent les phénomènes offerts à son observation, surtout s'il les a étudiés scrupuleusement, avec toute l'exactitude scientifique la plus rigoureuse.

Dans mon travail sur *l'Hystérie en Vendée*, numéro de décembre 1893 des *Archives de neurologie*, j'avais, à propos d'une grande hystérique ayant présenté successivement contractures, surdité, cécité hystérique, raconté le fait suivant. Je cite textuellement :

« Un jour que la jeune fille était étendue, malade, dans son lit, elle aurait raconté dans tous ses détails, à sa sœur, le voyage que faisait

1. Cette incontinence nocturne d'urine, je l'ai constatée fréquemment dans l'hystérie. M. Cullerre, médecin en chef de l'Asile de la Roche-sur-Yon, en a relaté de nombreux cas (*Archives de neurologie*). Plus heureux que moi, il a pu obtenir la guérison chez plusieurs, grâce à la suggestion hypnotique.

en ce moment sa mère, lui disant l'argent qu'elle avait emporté, les personnes qu'elle avait rencontrées dans le cours de ce voyage, le cadeau qui lui était fait (deux rosiers ayant chacun une rose épanouie). Quand la mère rentra, la sœur ne put s'empêcher de rire, en voyant à la gare d'arrivée sa mère, portant les deux rosiers à la main et en lui entendant raconter toutes les péripéties d'un voyage qu'elle connaissait déjà. Il m'est, il est vrai, ajoutais-je, impossible de garantir l'exactitude de ce fait, que je mentionne sous toutes réserves. »

Voilà ce que j'écrivais en 1893. — Étais-je convaincu? Évidemment non. Les réserves de la fin l'indiquent suffisamment. Cependant, je n'avais pas cru devoir omettre dans la description de la vie pathologique de ma malade ce fait étrange, d'autant qu'il m'était rapporté par la sœur, témoin, femme intelligente, à l'esprit cultivé, et dont la bonne foi ne devait guère être suspectée.

Dans l'observation qui va suivre, on va trouver la confirmation de ce fait; le cas semble probant, et de profond sceptique que j'étais, je suis obligé aujourd'hui de me déclarer convaincu. Bien qu'il m'en coûte encore, je suis obligé de croire que les phénomènes de vision à distance existent réellement; sans cela, je ne vois pas comment on pourrait expliquer les faits dont j'ai été le témoin, où toute supercherie, nous le verrons, doit être écartée.

Estelle S..., treize ans, a une mère nerveuse, un père intelligent, mais ayant présenté à l'âge de trente ans de la mélancolie avec idées de persécution; puis, de persécuté, il était devenu persécuteur et avait menacé de tuer son maître.

Antécédents personnels, rien à noter dans sa première enfance; à dix ans, elle est atteinte de diphtérie grave. Elle est intelligente, a acquis une assez bonne instruction primaire. A treize ans, elle entre en apprentissage comme tailleuse, et c'est grâce à cette circonstance qu'il m'a été permis d'examiner la fillette. Il est d'usage à la campagne que les ouvrières travaillent chez les particuliers. Ainsi, elle n'était pas venue chez moi comme malade, elle était pour travailler à la couture. Sa maîtresse, après le déjeuner, déclare qu'elle a sommeil. « J'ai également sommeil, dit la fillette. » A peine a-t-elle prononcé ces mots, qu'elle s'endort. Lorsque sa maîtresse se réveille, après quelques instants, elle secoue la jeune Estelle pour la remettre au travail, impossible de la tirer de son sommeil; c'est à ce moment qu'on m'appelle dans la chambre de travail. Je trouve la petite dormant profondément; elle est insensible aux piqûres, les membres soulevés retombent inertes, ils sont en résolution complète. Je lui parle à l'oreille, elle ne répond pas. C'était du sommeil hystérique. Après une heure d'un calme complet, la malade, toujours couchée, commence à se plaindre, elle pleure, elle a peur, elle a évidemment des hallucinations terrifiantes; puis, elle se lève brusquement de son siège, se met à chanter, à danser toujours les yeux clos. Elle parle

avec une volubilité extraordinaire. On l'interroge, elle semble ne pas entendre, ou du moins elle continue son thème commencé sans se préoccuper de la question posée, à moins que cette question ne présente quelques rapports avec ce qui la préoccupe. Mais voici où son histoire commence à être intéressante. J'avais depuis quelques jours égaré des clefs qui m'étaient indispensables; alors voici ce que la fillette raconte dans son sommeil : « Tu as perdu la clef de ta caisse (quand elle dort elle tutoie tout le monde et appelle chacun par son petit nom de baptême); tu en as eu besoin pour payer une traite. il t'a fallu aller chercher le serrurier, etc... Je la vois, cette clef, elle tient à un anneau, c'est la plus grande clef d'un trousseau qui en contient trois, les deux autres sont plus petites, j'en vois une petite qui paraît mieux que la grande. » Elle donna ensuite d'autres détails qu'il serait trop long d'énumérer, et il arriva ceci, c'est que tous ces détails étaient absolument exacts. En effet, je me souvenais que j'avais eu l'idée de mettre mes clefs en lieu sûr pour les soustraire aux regards d'une jeune bonne. Estelle me rappela ce fait, et au moment où l'on m'apportait la traite, je ne pus me souvenir dans quel endroit j'avais serré mes clefs.

J'étais absolument stupéfait, d'autant que c'était la première fois que la fillette venait chez moi et qu'évidemment je n'avais pu confier à qui que ce soit les renseignements précis qu'elle venait de si bien exposer.

Autre détail. Elle continue : « Tu arrives de Chauché voir des malades, tu en as vu quatre au lieu d'un qui t'avait fait appeler. » C'était encore exact.

En face de révélations si surprenantes, je devais chercher évidemment à poursuivre l'expérience.

Je prends discrètement son mouchoir, et vais pour le cacher d'abord dans la salle à manger, ensuite dans le berceau de mon enfant; ne trouvant pas la cachette assez sûre, je l'enfouis sous des papiers, dans une caisse, au fond de la cuisine, et je reviens près de ma petite hystérique. Au bout de quelques minutes, elle trouve l'absence de son mouchoir, sort alors précipitamment de la chambre de travail, traverse — les yeux fermés — un long couloir, pénètre brusquement dans la salle à manger, va directement au berceau de l'enfant, puis, s'en éloigne aussitôt, elle se dirige ensuite dans la cuisine auprès de la caisse, soulève un amas de papiers et de chiffons, retire son mouchoir et retourne, en courant, dans la chambre qu'elle venait de quitter.

Je lui prends alors sa broche, fixée à son corsage, et vais la poser dans le salon, derrière la pendule; quelques instants après, elle s'aperçoit de la disparition de sa broche, elle se lève d'un bond et va directement au salon, puis à la pendule d'où elle retire la broche que j'y avais cachée, et cela sans hésitation aucune, malgré que le salon fût obscur, les volets étant fermés. Et c'était la première fois

qu'elle venait chez moi, elle ne connaissait pas l'appartement; j'étais donc étonné de la voir se diriger vers la pendule avec une si grande sûreté. Sur la cheminée il y avait plusieurs bibelots, aucun n'a été renversé. — Ce qu'elle m'avait raconté tout à l'heure m'avait, je l'ai dit, stupéfié; ce qu'elle venait de faire ne m'étonnait pas moins.

Il est inutile d'aller plus loin et de citer d'autres expériences qui toutes semblent indiquer chez notre jeune hystérique une vision à distance très nette dont il m'est difficile de nier l'existence, il semble qu'elle lisait les pensées qui occupaient mon cerveau. Car ici, je le répète, pas de supercherie possible; il n'y avait que deux acteurs dans ces diverses scènes, elle et moi, la malade et le médecin, et un médecin très sceptique en cette matière, qui ne voudrait pas croire parce qu'il ne comprend pas. C'est dire le soin, l'attention que j'apportais dans mes expériences.

J'ai observé cette malade durant cinq ou six crises de ce sommeil hystérique; chaque crise durait de cinq à six heures environ, c'était toujours le même tableau.

Première phase. — Sommeil calme sans paroles, membres en résolution, anesthésie complète.

Deuxième phase. — La malade commence à s'agiter, elle est sous le coup d'hallucinations, elle pleure, elle rit, elle parle avec une plus grande facilité d'élocution qu'à l'état normal. Si un sujet la préoccupe à l'état de veille, c'est ce sujet qu'elle abordera tout d'abord. Elle ne répond plus aux questions posées.

Troisième phase. — Ce sont alors de grands mouvements : elle danse, court d'une chambre dans l'autre, tantôt les yeux ouverts, tantôt, et plus souvent, les yeux fermés; elle se conduit partout avec la plus grande aisance, sans se heurter aux obstacles qu'elle peut rencontrer sur sa route. Elle parle beaucoup, et il lui arrive alors de se servir d'expressions grossières : idiot, imbécile, cochon, etc. Elle n'a alors de mots aimables pour personne. Et cela est d'autant plus remarquable que dans l'intervalle de ses crises cette jeune fille, qui est bien élevée, est douce et timide. Dans sa crise, elle cite des faits dont elle n'a nulle souvenance après le sommeil, telle l'histoire de la clef que j'ai rapportée plus haut; elle ne sait pas ce que je veux lui dire quand je lui parle de ces clefs dont elle donnait si bien tout à l'heure la description.

Que conclure? Il m'est impossible après cette constatation de nier que la vision à distance existe. Ces deux exemples le prouvent, celui que j'ai rapporté dans les archives de neurologie, et que mon frère a rappelé dans la thèse : *Hystérie en Vendée*, et ce dernier cas plus probant encore, et certain celui-ci.

Essaierai-je de l'expliquer? Ne le comprenant pas, je ne puis tenter de donner une explication satisfaisante. Du reste, en face des phénomènes présentés par l'hystérique, on se trouve le plus souvent en face des mêmes difficultés. Comprend-on aisément comment, en

frappant sur l'épaule d'un hystérique qui est à l'état de veille, et en lui déclarant qu'il ne peut plus remuer son bras, on puisse entraîner immédiatement la paralysie? On constate le fait, mais pour l'expliquer, on ne peut recourir qu'aux hypothèses; et celles-ci seraient-elles vraisemblables, elles ne sont toujours que des hypothèses.

Tout est donc étrange, presque mystère dans l'hystérie; cette dernière observation en est une preuve nouvelle.

Observation XVII. — *Enfant de sept ans. — Hystérie et dégénérescence mentale. — Vomissements hystériques incoercibles. — Peur du tambour et du violon. — Guérison des vomissements par suggestion. — Persistance des autres manifestations.*

C..., âgée de sept ans, est amenée dans mon cabinet. Elle n'a point une physionomie intelligente, front fuyant, crâne asymétrique; elle présente les signes physiques de la dégénérescence. Sa mère, qui me donne les renseignements, semble avoir elle aussi un niveau intellectuel peu élevé.

Cette petite fille vomit depuis un mois; à peine ingère-t-elle un aliment dans l'estomac, elle le rejette aussitôt; l'appétit pourtant est excellent, la langue n'est pas très chargée, les selles sont régulières. Comme stigmates d'hystérie (car je pensais à des vomissements hystériques), je ne trouve rien. Cependant, les vomissements étaient hystériques; car je plonge l'enfant dans le sommeil hypnotique, je lui défends de vomir, et elle m'a obéi; les vomissements ont disparu. J'essaye également de supprimer les craintes qu'elle avait du tambour et du violon; sur ce point, je n'ai pu réussir. Sa mère me racontait qu'elle ne pouvait supporter le bruit de ces instruments; elle jetait alors des cris et courait se renfermer dans une chambre. Ce résultat confirme bien ce que j'avançais dans une précédente étude sur l'hystérie en Vendée. La suggestion dans l'hystérie est le traitement par excellence; mais dans les autres affections nerveuses, neurasthénie, dégénérescence mentale, etc., elle est presque toujours sans effet.

Les vomissements chez cette enfant ont reparu deux ans après; le même traitement employé a été suivi du même résultat.

Observation XVIII. — *Chorée rythmique chez un enfant de huit ans. — Paralysie spinale atrophique.*

Chorée rythmique (danse de Saint-Guy) chez un enfant de huit ans qui avait été frappé d'une paralysie spinale atrophique à deux ans et demi et qui présente actuellement une atrophie considérable de la jambe droite avec pied bot varus équin.

Je ne pourrai dire que quelques mots sur ce cas pourtant intéressant; je ne retrouve que des notes absolument incomplètes sur ce

Cependant, déjà à cette époque, les travaux de Charcot et de son Ecole avaient singulièrement élucidé la question et facilité le diagnostic, en montrant l'importance des stigmates permanents.

Mais ces stigmates, qui sont d'un secours si précieux chez l'adulte, manquent ordinairement chez l'enfant ou sont réduits au minimum, et en parcourant les travaux parus sur l'hystérie infantile on note à chaque pas cette mention : *Absence de stigmate*; *hystérie monosymptomatique*.

En 1888, à une époque où [1] il se plaint encore de la pénurie de nos connaissances sur l'hystérie infantile, Charcot appelle l'attention sur cette absence de stigmates :

« Cet enfant (dit-il dans une leçon du mardi [2]), pas plus que les autres petits garçons que j'ai soignés, n'a de rétrécissement du champ visuel, ni d'anesthésie; il n'a comme caractère vulgaire de l'hystérie que les suffocations, les accès, l'arc de cercle. C'est déjà énorme; cela suffit et au delà. Mais il faut bien vous représenter qu'il y a de ces jeunes malades chez lesquels l'arc de cercle même n'existe pas; par conséquent, c'est en se fondant sur diverses circonstances du cas qu'on fait le pronostic, ce n'est pas sur la présence des stigmates seuls. » Après Charcot bien des auteurs font la même constatation.

En 1890 [3], Burnet, qui rapporte un grand nombre d'observations prises dans le service d'Ollivier, nous dit, dans sa sa thèse : « Je dois avouer n'avoir jamais observé d'anesthésie chez les enfants au-dessous de cinq ans. J'en dois dire autant des troubles de la vue, achromatopsie, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel. Ils pourront exister; on ne les constatera que très rarement. »

Bien des auteurs ont fait des constatations analogues, d'où il semble ressortir que, dans l'hystérie infantile, les stigmates d'abord nuls, ou à peine ébauchés, ne se développent qu'avec l'âge. Il serait intéressant de rechercher le rapport de leur fréquence d'après l'âge du sujet.

On est surpris de constater cette absence de stigmates même

1. Charcot, leçons du mardi, 1887-1888, p. 203.
2. Leçons du mardi, p. 208.
3. *Loc. cit.*

malade. Si j'en fais mention ici, c'est parce que cet enfant présente un bel exemple d'hystérie associé à une affection organique.

Voici quelques notes recueillies sur ce petit garçon amené de loin et rencontré une seule fois dans mon cabinet.

Août 1894. — Garçon de huit ans, paralysé à deux ans et demi; atrophie consécutive de la jambe droite, déformation du pied (pied bot varus équin). A huit ans, il présente de la chorée rythmique, mouvements saltatoires, il danse sur place des heures entières sans qu'il soit possible de l'arrêter. Quand il commence sa danse, c'est un balancement de tout le corps, mais balancement régulier. Pas de réflexes pharyngiens; il a eu fréquemment des crises de dyspnée avec toux croupale.

Nous trouvons donc ici association d'une chorée hystérique avec une affection médullaire.

Je pourrais, dit en terminant M. Terrien, ajouter ici bien d'autres faits que j'ai observés, mais je devais me limiter. Je tenais surtout à signaler les cas les plus intéressants qu'il m'ait été donné de rencontrer pendant les huit années que je viens de passer en Vendée, et surtout je ne voulais présenter que des enfants dont l'hystérie ne pût être mise en doute, malgré les difficultés que présente habituellement le diagnostic de cette maladie chez les enfants.

M. Destarac. — *Trois cas de paralysie hystérique chez l'enfant. — Valeur diagnostique et thérapeutique de l'éléctricité.* — Après avoir été longtemps méconnue, l'hystérie est admise aujourd'hui, même au-dessous de cinq ans[1], et l'on ne tardera pas à dépister ses premières manifestations dans le tout jeune âge, lorsqu'on les aura recherchées avec soin.

Pour ce qui a trait aux paralysies hystériques qui nous intéressent plus spécialement, encore en 1880, Paris[2] pouvait faire la remarque suivante : « Les troubles de la motilité, les contractures et les paralysies sont, chez les petites filles, d'une rareté excessive; le seul exemple que je connaisse est celui dont parle Bouchut[3]. C'était une contracture de l'articulation de la hanche; quant aux paralysies je n'en ai trouvé aucune observation pour en parler sciemment; il faut attendre qu'elles se produisent. »

1. Burnet, th. Paris, 1890-1891.
2. Paris, th. de Paris, 1880, p. 43.
3. Bouchut, *du Nervosisme*, Paris, 1858.

dans des cas où l'hystérie revêt la forme d'une affection grave, telle que la paralysie, qui n'est pas très rare comme première manifestation sérieuse de la névrose.

Il n'est donc pas étonnant que bien des cas frustes aient échappé aux observateurs privés de ce précieux élément de diagnostic, que bien des formes monosymptomatiques aient donné lieu à des erreurs, d'autant plus préjudiciables qu'elles peuvent laisser s'enraciner des troubles qui guérissent chez l'enfant avec la plus grande facilité sous l'influence d'un traitement approprié.

Nos observations prouvent combien ces erreurs sont quelquefois faciles à commettre.

On ne doit donc négliger, en pareil cas, aucun des moyens capables d'éclairer le médecin.

A ce propos, nous tenons à insister tout particulièrement sur l'utilité de l'exploration électrique qui chez deux de nos malades nous a permis de rectifier le diagnostic.

On a bien tenté dans ces derniers temps de nier la valeur diagnostique de la réaction de dégénérescence dans l'hystérie. Cette opinion nous paraît avoir été acceptée un peu trop à la légère par la plupart des auteurs, nous essayerons de le démontrer dans le cours de ce travail.

Dans notre première observation, il s'agit d'un cas d'*astasie-abasie* avec récidive chez une petite paysanne de huit ans qui ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Dans cette affection, plus spéciale à l'enfance, l'absence de stigmates est d'ailleurs la règle. « L'astasie-abasie, dit Charcot, se présente le plus communément à titre de manifestation isolée sans concomitance de stigmates sensitivo-sensoriels ou d'attaques. »

Cinq fois seulement sur les onze observations du mémoire de Blocq[1], les désordres des mouvements sont accompagnés de phénomènes révélateurs de l'hystérie, et encore ceux-ci sont-ils réduits au minimum. Il en est de même dans les observations de M. Pitres[2].

Notre malade, originaire du Mas d'Azil (Ariège), est issue d'une

1. Blocq, *Arch. de neurol.*, 1888.
1. Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie.*

mère franchement hystérique, présentant un tremblement hystérique très marqué, des zones hystérogènes, du rétrécissement du champ visuel, absence de réflexe pharyngien; les réflexes rotuliens sont exagérés.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels qu'une grande émotivité et une intelligence précoce.

Cette enfant est vivement impressionnée un jour par un accident survenu à son oncle, qui est renversé par un bœuf et reçoit quelques contusions. Elle prend cependant son repas comme d'habitude avec sa famille, se couche; mais le lendemain, lorsqu'elle veut se lever, il lui est impossible de se tenir sur ses jambes.

Après avoir été traitée pendant trois mois sans résultat (vermifuges, révulsion sur la colonne vertébrale), un confrère consulté pense à la paralysie infantile et nous l'adresse.

Nous constatons une paralysie flasque des membres inférieurs sans aucun trouble de la sensibilité. Les réflexes rotuliens sont abolis. Les jambes sont grêles et nous paraissent atrophiées au premier abord.

Pendant que nous examinons la malade, nous assistons à une petite crise caractérisée par une série de mouvements de salutation accompagnés d'un reniflement spécial qui éveille nos soupçons. Mais malgré un examen sérieux auquel se prête bien la petite malade, très docile et intelligente, nous ne constatons aucun stigmate d'hystérie.

Nous pratiquons ensuite l'exploration électrique des muscles afin de déterminer quels sont les plus atteints, et notre surprise est grande de ne pas trouver trace de réaction de dégénérescence; de plus, il se produit pendant l'examen quelques mouvements de défense des membres inférieurs qui témoignent de la conservation d'une assez grande énergie musculaire.

Mis alors sur la voie du diagnostic, nous nous assurons que les mouvements sont possibles dans la position assise et la marche à quatre pattes. Mais lorsqu'on met la malade debout elle s'affaisse; si on essaye de la faire marcher en la soutenant on n'obtient que de brusques mouvements du bassin, les jambes restant inertes.

Après une faradisation assez énergique, qui provoque les pleurs, nous lui ordonnons de marcher et aussitôt elle peut faire

quelques pas soutenue par sa mère. Au bout d'un instant la marche devient plus assurée, sans toutefois être parfaite. Une deuxième séance le lendemain amène une guérison complète.

Un mois après on nous ramène l'enfant qui présente depuis huit jours les mêmes phénomènes que la première fois. La guérison est obtenue en une seule séance.

Il faut noter que les mouvements conservés, en dehors de la marche et de la station debout, se font avec une certaine paresse qui n'avait point attiré l'attention des parents.

Notre deuxième observation se rapporte à un cas de *paraplégie flaccide* chez une fillette de dix ans et demi habitant la campagne. L'évolution assez particulière de cette paraplégie avait fait songer à une myélite.

La guérison a été obtenue, comme la première fois, en une seule séance de faradisation, et c'est encore l'exploration électrique qui nous a mis sur la voie du diagnostic.

« Les paraplégies hystériques, nous dit M. Pitres[1], sont fréquentes et donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic. » C'est qu'en effet, comme le fait observer Leyden[2], « de toutes les formes de la paralysie hystérique, la paraplégie est celle qui ressemble le plus aux paralysies causées par les maladies organiques de la moelle. »

Pour Gilles de la Tourette[3], « la constatation des stigmates est de la plus haute importance, mais ils peuvent être absents. Ces paraplégies sans stigmates devront en conséquence être mises dans une catégorie à part et leur diagnostic rencontrera souvent de sérieuses difficultés. » Souques[4], après avoir constaté aussi la difficulté du diagnostic quand les stigmates font défaut, ajoute : « En définitive, il n'est peut-être qu'un seul signe qui permette d'affirmer la présence certaine de l'hystérie : c'est la distribution de l'anesthésie. »

L'apparition et la disparition de cette anesthésie est ce que Gilles de la Tourette appelle le baromètre des troubles paralyti-

1. *Gaz. hebd. des sciences méd.*, 1890, p. 370.
2. *Traité clin. des malad. de la moelle épinière*, 1879.
3. *Loc. cit.*, p. 111.
4. Thèse, Paris, 1890-91, p. 68.

ques. Son existence est un indice très important de la gravité et de la ténacité des paralysies hystériques[1].

Dans notre cas, la paralysie se développe chez un enfant; de plus, il n'y a point d'anesthésie, pas d'autres stigmates que l'abolition du réflexe pharyngien, signe assez banal; par conséquent, toutes les conditions de guérison rapide se trouvent réunies. En revanche, le diagnostic présente de sérieuses difficultés.

Voici le résumé de cette observation :

Germaine B... est âgée de dix ans et demi. Sa mère est nerveuse; elle-même très émotive, n'a jamais eu de maladies sérieuses. Le 8 décembre 1896, indigestion après l'absorption d'huile de foie de morue, diarrhée, vomissements, céphalalgie; purgatif au calomel. En même temps apparaissent, dans les membres inférieurs, des douleurs qui s'accentuent au point d'obliger la malade à garder le lit. Pas de gonflement, pas de chaleur. On songe à des troubles de croissance, puis à du rhumatisme. Mais lorsqu'on veut faire lever la malade, les douleurs ayant disparu; on s'aperçoit que les jambes sont atteintes d'une impotence absolue. Malgré tous ses efforts, la malade ne peut faire le plus léger mouvement.

L'enfant est portée chez nous par les parents accompagnés du médecin ordinaire qui m'apprend les diverses phases de la maladie, la découverte assez inopinée de la paralysie que l'on attribue, ajoute-t-il, à une lésion de la moelle.

La malade ne peut se tenir sur ses jambes qui pendent flasques et inertes; assise, les pieds sont tombants dans l'attitude varus équin. La sensibilité est partout normale, les réflexes rotuliens conservés. La pression des masses musculaires n'est pas douloureuse. Il n'y a pas d'atrophie marquée. Rien du côté des réservoirs. Pas de douleur à la pression le long de la moelle.

Après avoir rejeté l'idée d'une névrite-périphérique qu'auraient pu faire naître les douleurs du début et l'attitude des pieds, nous nous demandons si on peut admettre l'existence d'une lésion médullaire, d'une poliomyélite antérieure ayant porté sur les membres inférieurs et plus particulièrement sur les muscles de la région antérieure et externe de la jambe, d'où le pied bot varus équin; l'absence d'atrophie bien marquée pouvant tenir au peu d'ancienneté des lésions (la paralysie était constatée le 23 et notre examen avait lieu le 27).

Mais l'exploration électrique ne confirme pas ce diagnostic, car il n'y a pas trace de réaction de dégénérescence ni aucune modification électrique. Ce fait, joint à la persistance des réflexes rotuliens, nous

1. Quoique plus rares chez l'adulte, ces paralysies sans anesthésie ont été signalées. — Huchard, thèse, 1881; Potain, Sperling, Souques. Voir Gilles de la Tourette, *loc. cit.*, t. II, p. 112. — Riegel, Trois cas chez l'enfant (*Zeitschr. für Klin Med.* Berlin, 1883, p. 453).

fait songer à l'hystérie, bien que nous constations l'absence de tout stigmate autre que l'abolition du réflexe pharyngien que l'on retrouve aussi chez la mère très nerveuse.

La guérison, obtenue après quelques minutes de faradisation, vient bientôt nous donner raison.

La marche, d'abord un peu hésitante, devient bientôt plus assurée, et l'enfant sort au bout de quelques minutes marchant et sautant comme avant sa maladie, à la grande surprise de ses parents qui crient au miracle.

Voici les détails qui m'ont été remis ultérieurement par le médecin traitant :

Germaine B..., dix ans et demi.

Antécédents héréditaires. — A peu près nuls ; grand'mère paternelle seulement un peu nerveuse.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon, cette enfant a toujours été assez bien portante et n'a jamais eu de maladie sérieuse, sauf quelques troubles gastro-intestinaux légers mais fréquents. Au dire de sa famille, elle avait « l'estomac délicat », était assez difficile et capricieuse sous le rapport de l'alimentation ; du reste, son état ne laissait rien à désirer. Elle était précoce, intelligente et très studieuse, d'un caractère très doux et très docile ; elle était encore très émotive.

Histoire de la maladie. — En septembre 1896, l'enfant, qui digérait mal depuis quelque temps, fut prise d'embarras gastrique *sans* fièvre ; elle vomit à plusieurs reprises et eut de la diarrhée. Elle éprouvait une légère douleur au creux épigastrique, et son ventre était légèrement ballonné. C'est alors qu'elle me fut amenée pour la première fois. La langue était recouverte d'un enduit brunâtre et toute la surface de la peau présentait une pigmentation anormale.

L'examen de la région stomacale, pratiqué à jeun, me permit de constater la présence du clapotement et les signes habituels d'une dilatation de l'estomac, dont la cause semblait provenir d'une alimentation fort mal réglée et parfois défectueuse (parents agriculteurs). Je recommandai les précautions hygiéniques d'usage et j'ordonnai en même temps des cachets ainsi composés :

Poudre de noix vomique......		0,05 centigr.
Magnésie calcinée...........	ââ	0,30 —
Bicarbonate de soude...... ..		
Pepsine.....................		0,25 —

(Pour un cachet, nº 20.) — A prendre deux par jour.

La petite malade ressentit une amélioration sensible grâce à ce traitement.

Tout alla bien jusqu'au 8 décembre. La veille de ce jour, la mère avait cru devoir administrer à l'enfant de l'huile de foie de morue ; il

s'ensuivit une sérieuse indigestion, diarrhée, vomissements, céphalalgie, pour laquelle on recourut encore à mes soins pour la seconde fois.

J'ordonnai du calomel et des cachets de benzo-naphtol. Le mieux ne tarda pas à se produire; la céphalalgie seule persista malgré l'antipyrine. D'ailleurs, d'autres symptômes venaient d'entrer en scène.

En effet, vers le 11 ou le 12 de ce mois, l'enfant se plaignit de douleurs au niveau du genou droit, douleurs assez vagues d'abord pour qu'il fût possible de distinguer leur véritable siège; elles gênaient quelque peu la marche. Pas de fièvre, d'ailleurs. Le repos et les enveloppements ouatés furent inefficaces. Bientôt les douleurs s'accentuèrent et obligèrent l'enfant à garder le lit.

L'articulation du genou était intacte; pas de gonflement, pas d'hydarthrose, pas de chaleur; seules, les épiphyses du tibia et du péroné étaient douloureuses à la pression. Avec cela, la céphalalgie apparaissait fréquemment.

En présence de pareils symptômes, je portai le diagnostic de *troubles de croissance*. Tout le traitement consista en une nourriture saine et abondante et en badigeonnages autour du genou avec de la teinture d'iode; en outre, tous les jours, la jambe malade était frictionnée avec de l'eau légèrement alcoolisée.

Ce traitement n'eut aucun effet : les douleurs s'accentuèrent et les mouvements de flexion devinrent bientôt impossibles; de plus, le genou gauche devint à son tour également douloureux. Un de mes confrères, appelé à donner son avis le 22 décembre, crut avoir affaire à du rhumatisme, malgré l'absence de fièvre. Il ordonna du salicylate de soude. L'enfant prit d'abord 2, puis 3 et 4 grammes de ce médicament, qui fut d'ailleurs sans effet.

L'hypothèse d'un foyer tuberculeux épiphysaire ne m'arrêta point. L'enfant ne souffrait pas au repos, n'avait point de fièvre le soir et son état général était excellent. Je considérai mon premier diagnostic, *douleurs de croissance*, comme étant le vrai.

Pendant la fin de décembre et les premiers jours de janvier, l'état de la petite malade resta stationnaire; mais vers le 15 de ce mois les douleurs du tibia droit parurent s'atténuer et gagner l'extrémité inférieure du fémur. On essayait de la faire marcher, mais elle ne pouvait se tenir sur ses jambes sans ressentir de vives douleurs.

Lorsque le 23 janvier je m'aperçus que les douleurs avaient à peu près disparu, il en restait à peine quelques traces légères à la pression, on essaya de dresser l'enfant sur ses jambes; mais cette fois ce n'étaient plus les douleurs qui l'en empêchèrent, car ses deux membres inférieurs pendaient inertes dans une impotence absolue. L'enfant était entièrement paraplégique. A l'examen, rien du côté de la colonne vertébrale, du sacrum ni du bassin; pas de troubles du côté du rectum ni de la vessie. Quant aux jambes elles-mêmes, pas d'atrophie musculaire, les chairs seulement un peu flasques; pas de

troubles trophiques, pas de troubles de la sensibilité, réflexes absolument normaux; pourtant un léger refroidissement de la jambe droite.

En présence de cette paralysie s'installant d'une manière aussi lente et aussi sournoise, je songeai à une myélite ascendente subaiguë. D'ailleurs, un nouveau signe venait plaider encore en faveur de la maladie décrite par Duchesne, de Boulogne : c'était une légère contracture des muscles de la face postérieure de la jambe droite provoquant une déviation du pied en varus équin. Cette déviation, que je remarquai pour la première fois le 23, s'accentua de jour en jour.

C'est le 27 janvier que l'enfant fut portée à Toulouse.

État actuel. — La guérison persiste, l'enfant marche très bien, souffre encore quelque peu des épiphyses, surtout le soir, ce qui vient confirmer mon premier diagnostic. Son état général, d'ailleurs, est excellent; elle est rose et fraîche, a beaucoup engraissé et surtout *beaucoup grandi.*

J'ai eu l'occasion de guérir avec la même rapidité une *monoplégie* du bras gauche chez un garçon de neuf ans du service de M. le Professeur agrégé Morel.

« La monoplégie, dit Pitres, est plus fréquente dans l'hystérie masculine. Sur vingt et un cas, Berbez a trouvé quatorze hommes et sept femmes. Elle peut survenir chez des sujets dont l'hérédité paraît excellente et constituer les premiers symptômes de l'hystérie restée jusqu'alors latente et ignorée. Le traumatisme joue un rôle beaucoup plus important dans la monoplégie que dans les autres formes de paralysies hystériques[1]. »

Notre cas rentre absolument dans la règle. Il s'agit d'un jeune garçon qui n'a jamais présenté d'accidents hystériques.

Il se pique au pouce de la main gauche; il en résulte un léger panaris. On met son bras en écharpe, et quand on la supprime, le doigt étant guéri, le bras est paralysé et pend inerte. Léger amaigrissement, flaccidité absolue du membre, pas d'anesthésie[2], hypoesthésie peu marquée du bras. Pas d'autres stigmates. La paralysie dure depuis un mois[3] lorsqu'on nous adresse le malade pour lui appliquer le traitement électrique. Au bout de

1. Pitres, *loc. cit.*, p 419.

2. L'anesthésie manque rarement, une fois dans les trente et un cas de Miura. (Thèse, Paris, 1887.)

3. Elle est tenace chez l'adulte. Prince, cité par Gilles de la Tourette, t. II, p. 84, relate trois cas qui durèrent de vingt-huit à vingt-neuf ans.

quelques minutes de faradisation, les mouvements sont complètement revenus et le malade est guéri.

Ces trois observations sont une preuve de plus en faveur de l'absence fréquente des stigmates dans l'hystérie infantile et de la difficulté de diagnostic qui en résulte. Après ces trois guérisons si rapides, nous pouvons répéter encore une fois avec Charcot : « Chez l'enfant, l'hystérie ne tient pas. »

Sommes-nous aussi autorisés à conclure de ces succès à l'efficacité de l'électricité dans les manifestations de l'hystérie et à son utilité au point de vue du diagnostic?

Insister sur la valeur thérapeutique et diagnostique de l'électricité peut paraître oiseux au moment où, reconnaissant son utilité à ce double point de vue, on donne à cette science la place qu'elle mérite dans l'enseignement de presque toutes nos Facultés.

Mais cet enseignement est de date récente; aussi ne faut-il point s'étonner que bien des médecins soient encore étrangers aux travaux de Duchenne, de Boulogne, sur le courant *faradique*, de Charcot et Vigouroux sur l'*électricité statique*, de Remak et Erb sur le courant *galvanique*. Ils ignorent que l'électricité constitue, comme le dit M. Hayem [1], *un des procédés thérapeutiques les plus remarquables,* dans les maladies du système nerveux en général, et que depuis Briquet tous les auteurs qui ont étudié plus spécialement l'hystérie ont enregistré à son actif des succès sans nombre. Ils ne veulent voir dans ce mode de traitement qu'un effet suggestif (action banale que l'électricité partagerait avec les pilules de mie de pain), et oublient, comme l'enseigne Charcot [2], « qu'il y a dans le traitement de l'hystérie deux éléments distincts, et du reste également importants : l'élément psychique et l'élément physique. » L'électricité doit être mise au premier rang dans cette deuxième catégorie.

Ce n'est pas à dire que dans certains cas elle ne puisse agir par suggestion, comme toute médication est susceptible de le faire dans les accidents hystériques.

Nous savons que les troubles de la sensibilité, anesthésie, hy-

1. Hayem, *Leçons de thérapeutique : Les agents physiques et naturels*, 1894, p. 129.

2. *Revue moderne*, 1881, p. 256.

peresthésie, servent de base à toutes les manifestations hystériques, « d'où cette conclusion vérifiée par les faits, dit Gilles de la Tourette, qu'en matière d'hystérie les troubles de la sensibilité tenant la scène morbide sous leur dépendance, faire disparaître ces troubles équivaut à annihiler les accidents qui se superposent à eux. » Or, il n'est pas de plus puissant modificateur de la sensibilité que l'électricité, comme le prouvent les observations de Briquet[1], les expériences de Vulpian, Grasset et tant d'autres. Mieux que tout autre procédé, elle excelle à *désobstruer*, selon l'expression de Erb, les voies de conductibilité nerveuse, à agir à distance sur les centres moteurs et sensitifs, à exciter ces mouvements amiboïdes des extrémités des cellules nerveuses, qui leur permettent, en se rapprochant ou en s'éloignant, de rompre ou de rétablir la communication, selon l'ingénieuse théorie de Lépine et Mathias Duval, basée sur les travaux de Ramon y Cajal.

De plus, sous son mode *statique*, l'électricité est le meilleur tonique du système nerveux et elle modifie profondément l'état général des hystériques.

Sans doute, l'électricité peut agir dans certains cas d'hystérie, même lorsqu'on oublie, comme dans l'observation de M. Pitres[2], de relier les fils aux bornes de l'appareil. Mais peut-on sérieusement invoquer la suggestion dans des faits analogues aux suivants, que nous empruntons au même auteur : Une paraplégie datant de plusieurs mois, ayant résisté à l'hypnotisme et à l'aimantation, guérit, non pas subitement, mais *progressivement* et complètement, après un mois d'électrisation statique; une monoplégie hystéro-traumatique avec anesthésie, non plus chez un enfant, mais chez un adulte, guérit en quelques séances

1. Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 690. Contre l'*hyperesthésie*, la faradisation est l'agent le plus puissant de tous. Je ne me rappelle que très peu de cas où elle n'ait pas réussi.
Anesthésie. — Le moyen le plus sûr, le plus simple et le plus expéditif est la faradisation de la peau anesthésiée. En une ou deux séances d'un quart d'heure chacune, on est à peu près certain de la faire disparaître quelle que soit son étendue.
Paralysie (p. 710). — La faradisation, si utile, si efficace pour détruire les anesthésies, est presque aussi puissante contre les paralysies hystériques. Contre la paralysie, la faradisation est seule et sans concurrence.

2. *Loc. cit.*

de faradisation, alors que, de l'avis de l'éminent professeur de Bordeaux, les paralysies hystéro-traumatiques sont réfractaires à l'hypnotisation et à la suggestion.

Pour ne citer qu'un cas de notre pratique : Une jeune fille de dix-neuf ans présente depuis six mois un tremblement du bras et de la jambe droite avec hémianesthésie. Traitée pendant deux mois dans une maison de santé (isolement, traitement psychique, deux douches par jour), il n'y a pas d'amélioration ; on me l'adresse. Les douze premières séances de bain statique avec étincelles restent sans effet.

Nous songeons alors à attaquer plus vivement l'anesthésie par le pinceau faradique; celle-ci disparaît, mais le bras se paralyse pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain l'anesthésie a reparu, mais le tremblement est moins intense. Enfin, après quelques fluctuations analogues, disparition définitive de l'anesthésie et diminution progressive du tremblement. La guérison est complète après quarante séances.

Voici l'histoire de cette malade :

Augustine M..., dix-neuf ans, originaire du Gers. Grand'mère maternelle, crises de nerfs même à soixante-dix ans; mère nerveuse, sans crises.

Elle a eu dans sa jeunesse scarlatine, fièvre typhoïde, gastrite; très impressionnable, elle n'a jamais eu de crises de nerfs autres que des crises de fou rire.

Vers le milieu de décembre 1891 elle a une vive frayeur ; le 28 décembre, à la suite d'une contrariété, elle est prise d'un léger tremblement du bras qu'elle parvient à dissimuler. Mais à la suite d'une nouvelle contrariété il se produit un tremblement généralisé qui dure un jour puis se localise définitivement au côté droit; il est plus marqué au bras qu'à la jambe.

L'isolement, le traitement psychique, l'hydrothérapie à raison de deux douches par jour ont été appliqués sans résultat bien appréciable pendant deux mois dans une maison de santé. On nous adresse la malade pour la soumettre au traitement statique le 3 juin 1895.

Nous constatons un tremblement, qui rappelle le tremblement parkinsonnien, très marqué au bras droit, moindre à la jambe. Les émotions l'exagèrent; il empêche le sommeil. Il y a de l'hémianesthésie plus marquée au bras.

Les douze premières séances de statique avec étincelles sur les parties anesthésiées ne donnent aucun résultat.

Nous songeons alors à attaquer plus vivement l'anesthésie par le pinceau faradique et la bobine à fil fin jusqu'à production de la douleur qui amène une petite crise de larmes; l'anesthésie a disparu.

Rentrée chez elle, la malade s'aperçoit qu'elle ne peut se servir de la main; on est forcé de l'habiller et de la faire manger.

Le lendemain 18 juin nous constatons la paresse du bras qui est plus prononcée au niveau des extenseurs. L'anesthésie a reparu jusqu'à l'épaule, la jambe ne tremble plus, le bras tremble beaucoup moins.

Nous faisons après le bain statique quelques minutes de faradisation. L'anesthésie disparaît.

Le 21, l'anesthésie a reparu de nouveau, mais moins marquée. La jambe est définitivement guérie. Le bras ne tremble plus la nuit; le jour il y a des moments de calme de plus en plus fréquents; ils sont d'abord de cinq minutes, puis d'une demi-heure.

Le 24, la sensibilité existe à droite, mais un peu obtuse; faradisation au pinceau, le tremblement s'arrête. Elle peut écrire pour la première fois très librement.

Le 25, le tremblement a reparu. Bain statique avec quelques étincelles sur la partie malade. Au bout de quelques minutes il se produit trois ou quatre fortes secousses et le tremblement s'arrête cette fois pour deux heures et demie; nuit bonne.

Les jours suivants, le tremblement qui existe toujours au moment des séances disparaît de plus en plus vite sous l'influence du bain statique seul. L'arrêt est toujours précédé de quelques fortes secousses qui reproduisent, en l'exagérant, les oscillations du tremblement. Les périodes de calme deviennent de plus en plus fréquentes et plus longues.

Enfin, tout tremblement a cessé définitivement vers la fin juillet après quarante séances. La malade rentre chez elle guérie et avec un état général bien meilleur qu'à son arrivée.

Nous rappellerons en terminant les recherches faites par M. Blanc-Fontenille[1], dans le service de M. Pitres, sur les effets du traitement statique. Cet auteur en a constaté les heureux résultats dans l'anesthésie, l'amyosténie, les contractures, les zones spasmogènes et hypnogènes, *toutes les précautions étant prises pour éviter les phénomènes suggestifs : « Nous avons, dit-il, intentionnellement supprimé la communication électrique entre la machine et le tabouret isolant, et nous avons constaté que, dans ces conditions, l'électrisation simulée n'avait aucun des effets de l'électrisation réelle. »*

Ce n'est pas seulement en thérapeutique que nous faisons appel à l'électricité, nous lui demandons encore son précieux concours pour le diagnostic d'un grand nombre d'affections du

1. Blanc-Fontenille, *Effets de l'électrisation statique sur quelques phénomènes hystériques.* (*Progrès médical,* nº 8, 19 février 1887.)

système nerveux, et elle répond à nos questions avec une précision mathématique.

« Chaque fois qu'elle nous révèle l'existence de la réaction de dégénérescence (DR)[1] dans une paralysie ou une atrophie musculaire, elle nous dit : la lésion siège dans la corne antérieure ou dans les nerfs périphériques; ne cherchez pas ailleurs, ne songez point à l'hystérie.

Mais depuis quelque temps ses affirmations n'auraient plus la même autorité : la DR aurait été prise en défaut; on aurait constaté, paraît-il, sa présence dans l'atrophie musculaire d'origine hystérique. *Cette opinion qui tend à devenir classique et qu'on retrouve dans tous les traités*, est bien de nature à jeter la confusion dans les esprits.

Elle a été, pour la première fois, nettement formulée en ces termes, par M.Souques, dans sa thèse inaugurale[2] : « *La DR dans les masses musculaires en voie d'atrophie est un signe commun aux amyotrophies spinales et aux atrophies hystériques. C'est donc là un caractère aujourd'hui sans valeur.* »

Un jugement aussi nettement exprimé doit reposer, pensez-vous, sur des observations nombreuses et irréfutables? Il n'en est rien.

Depuis que Charcot et Babinski ont établi, en 1886, l'existence de l'atrophie musculaire hystérique, de nombreux auteurs ont rapporté des faits semblables,et tous sont unanimes à reconnaître que cette atrophie hystérique est une atrophie simple sans DR.

En 1890, Souques, dans sa thèse, donne trois observations d'atrophie hystérique avec DR, une de Gilles de la Tourette et Dutil, et deux personnelles, après quoi il n'hésite pas à poser les conclusions que vous savez.

Nous ne pensons pas que de nouveaux faits soient venus confirmer son opinion.

Or, si l'on examine de près ces trois observations, on ne tarde pas à se convaincre que leur valeur est on ne peut plus contestable.

1. Par abréviation on désigne par DR, D à R, ou RD, la réaction de dégénérescence.

2. Thèse, Paris 1891.

Dans l'observation de Gilles de la Tourette et Dutil, le malade présente une atrophie de la main et du bras gauche. M. Vigouroux fait la constatation suivante en 1889 : « Excitabilité éteinte dans les troisième et quatrième interosseux ; pour le premier et le deuxième, pas de contraction faradique, contraction galvanique très faible. » On ne nous dit rien de l'inversion de la formule normale et de la lenteur des secousses qu'il eût été important de signaler. En conséquence, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une simple diminution de l'excitation électrique déjà signalée par tous les auteurs qui ont étudié l'atrophie musculaire hystérique.

D'autant qu'en 1894, l'*atrophie étant toujours aussi accentuée*, le même malade fut examiné à nouveau et l'on ne trouva que cette simple diminution de l'excitabilité : « Les muscles atrophiés furent examinés en notre présence, dit Gilles de la Tourette [1], par le Dr Larat, électricien fort expert, qui nous remit la note suivante : diminution considérable des deux contractilités faradique et galvanique, aucune trace de DR. » M. Gilles de la Tourette ne manque d'ailleurs jamais de faire toutes ses réserves quand il rappèlle son observation. On lit dans son *Traité de l'hystérie*, t. II, p. 510 : « *Le cas que nous avons publié où il existait de la DR reste donc isolé. Or, peut-être pourrait-on contester la réalité des réactions anormales qu'on y observa.* » M. Dutil, [2] son collaborateur, est encore plus réservé. « On a signalé, dit-il, quelques cas d'amyotrophie hystérique s'accompagnant de DR ; mais nous croyons que, pour être admise sans réserve, cette particularité doit être confirmée par de nouveaux faits. »

Il est surprenant que M. Gilles de la Tourette, dans son *Traité* datant de 1895, ne parle que de son observation et semble ignorer les deux suivantes publiées par Souques en 1890. Ce n'est pas cependant que les matériaux surabondent. Il est vrai que les deux faits de M. Souques ne nous paraissent pas plus convaincants que le premier.

Dans l'un, il s'agit d'une fille de vingt-deux ans qui compte des aliénés et des épileptiques dans sa famille ; elle-même a des attaques d'épilepsie et d'hystérie. Elle a, pendant trois mois,

1. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 511.
2. Dutil, *Traité de médecine*. Charcot et Bouchard, art. *hystérie*.

plusieurs attaques par jour qui nécessitent la camisole de force. Dans une attaque, elle se fracture le péroné.

Un matin, elle se réveille avec un œdème et de la douleur dans les deux mains qui sont contracturées. Ces phénomènes disparaissent au bout de quinze jours et l'atrophie se montre.

Cette atrophie a été suivie pendant trois ans et voici ce qu'on a constaté : En 1888, les éminences thénar et hypothénar sont effacées, les interosseux marqués par des sillons profonds. En 1889, la malade commence à se servir de sa main. En 1890, l'éminence thénar seule offre un léger méplat, les espaces interosseux ont un relief normal, les mouvements sont faibles, le pouce seul est à peu près immobile. L'examen électrique est pratiqué en 1888, au moment où les interosseux et l'éminence thénar sont si profondément atrophiés. C'est là, pensez-vous avec raison, que, suivant toutes les règles, va se rencontrer une DR des plus manifestes? Point du tout, le rapport est formel. « Les interosseux, dit-il, et les muscles du pouce présentent des réactions électriques normales. » Où est donc la DR, direz-vous? On la constate, on ne s'en doutait guère, dans le premier radial externe.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de vingt ans dont le père est alcoolique et la mère épileptique, qui présente une contracture de la main : « *Tous les jours, son mari essaye de lui ouvrir la main, il n'y parvient qu'incomplètement, en employant la violence.* » Au bout de deux mois de ce traitement plus qu'énergique, la contracture cesse, mais la malade s'aperçoit que la main a maigri. On constate la DR pour le premier interosseux et le thénar.

Faut-il citer un troisième cas que M. Souques rapporte en ces termes : « M. Vigouroux nous racontait ces jours derniers qu'en 1878 il avait connu à la Salpêtrière une grande hystérique, du nom de Vandeline, qui eut un jour une paralysie du long péronier latéral avec atrophie et DR. »

C'est tout, et nous ajouterons c'est peu, pour condamner sans appel un signe de la plus haute importance, surtout quand on peut opposer à ces trois observations des faits autrement nombreux d'atrophie hystérique qui confirment la règle.

Et d'ailleurs, n'est-il donc pas permis à un hystérique d'avoir une lésion reconnaissant une toute autre origine que son hys-

térie? Est-ce que son hérédité souvent si chargée, l'état de son système nerveux ne le rendent pas plus sensible qu'un autre aux causes capables d'engendrer une lésion organique de la moelle ou des nerfs? L'auteur ne semble pas s'être posé cette question qui s'offre tout naturellement à l'esprit en présence des violences auxquelles est exposée journellement sa malade pendant deux mois consécutifs.

Quant à la pathogénie des troubles trophiques d'origine hystérique, pour si accentués qu'ils soient, il n'est pas permis, jusqu'à nouvel ordre, d'invoquer une autre cause qu'*une altération purement dynamique* des centres nerveux. Témoin ce cas de M[lle] Klumpke[1], où l'on put constater l'intégrité absolue des racines antérieures, de la moelle épinière et du cerveau chez une malade du service de Vulpian, qui avait présenté durant cinq ans et demi une contracture généralisée des plus intenses et des troubles trophiques variés tels que œdème, eschare sacrée, atrophie musculaire.

Cette intégrité n'est peut-être qu'apparente, et le jour pourra venir où, comme le dit Charcot « la méthode anatomo-clinique en matière d'hystérie comptera un succès de plus à son actif, en permettant de déceler enfin l'altération primordiale, la cause dynamique dont on connaît aujourd'hui tant d'effets matériels. »

Mais si la DR était jamais dûment constatée dans une atrophie ou une paralysie hystérique, nous croyons que ce ne seraient point de simples troubles dynamiques que l'on rencontrerait, mais bien des lésions organiques profondes, et l'hystérie, dès lors, ne serait plus seulement la grande simulatrice.

M. Bézy, invité à présenter ses observations sur ce qui a été dit au cours de la discussion, s'exprime ainsi :

« M. Pitres a insisté sur certains troubles dont l'origine hystérique est trop souvent méconnue chez les enfants, le bégaiement par exemple. J'accepte absolument cette opinion que j'ai du reste signalée dans mon rapport (p. 152). — M. Pitres a fait observer aussi qu'il était indispensable, au point de vue clinique, d'établir une ligne de démarcation entre l'hystérie infantile

1. *Revue de Méd.*, 1885.

et certains phénomènes nerveux qu'on ne peut, sans exagération, assimiler à la névrose. Cette observation est très juste. Malheureusement, l'hystérie infantile n'est pas encore assez connue pour que cette distinction puisse être établie ; c'est dans ce sens que doivent converger les efforts des neurologistes et des médecins d'enfants.

M. Briand demande que l'on ne confonde pas les enfants hystériques avec les petits dégénérés, que l'on recherche les stigmates de dégénérescence aussi bien que les stigmates d'hystérie, et que l'on ne se laisse pas entraîner trop facilement à porter le diagnostic d'hystérie infantile. Je suis absolument d'accord avec M. Briand sur sa première observation, et j'ai insisté dans mon rapport (p. 202) sur cette différence. Quant à la fréquence de l'hystérie infantile, je pense qu'il est bon, sans tomber dans des exagérations, de mettre en garde les médecins d'enfants contre une trop grande sécurité qui serait préjudiciable au malade,

M. Cullerre a rapporté des cas très intéressants d'incontinence d'urine de nature nettement hystérique, et a rappelé des faits analogues rapportés par lui dans un précédent travail. Je ne puis que m'incliner devant la haute compétence de M. Cullerre, et reconnaître l'importance clinique des faits relatés ; mais, comme je l'ai indiqué dans mon rapport, l'enquête à laquelle je me suis livré à ce sujet ne m'a pas toujours amené à des résultats aussi concluants.

M. Régis a appelé l'attention sur des faits observés par lui, qui prouvent que, dans le méningisme, l'association hystéro-organique se rencontre. Je ne connaissais pas ces observations inédites, et dans mon rapport (p, 158), j'indique, d'après Baudol, cette association comme possible, mais rare.

M. Pailhas et M. Paul Garnier ont relaté des faits d'hystérie infantile qui constituent certainement un des points intéressants de l'étude de cette névrose.

M. Bérillon s'est fait le défenseur de la suggestion hypnotique chez l'enfant. Je ne reviendrai pas sur la très intéressante discussion que vous venez d'entendre entre les partisans et les adversaires de cet agent thérapeutique. J'avoue qu'après cette discussion, les craintes que j'éprouvais et qui m'ont empêché de l'employer jusqu'à présent ne sont pas dissipées. Je ne de-

manderai pas mieux, du reste, que d'être converti par M. Bérillon, s'il veut bien, avec l'autorisation des parents, faire une tentative sur la fillette atteinte de tremblement hystérique, dont j'ai, au cours de cette séance, raconté l'histoire, et que je présenterai tout à l'heure au Congrès.

Après ces paroles, **M. le Président** remercie **M. Bézy**; la discussion est close et la séance est levée.

SÉANCE DU MARDI 3 AOUT (SOIR)

Présidence de M. RITTI.

La séance est ouverte à 2 heures et demie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Doutrebente a la parole pour faire un résumé de son rapport sur la troisième question du programme : *De l'organisation médicale des asiles d'aliénés.*

Après ce résumé, la discussion est ouverte.

ORGANISATION MÉDICALE DES ASILES D'ALIÉNÉS

Discussion de la question et communications qui s'y rapportent.

M. Charpentier : « Veuillez excuser un médecin aliéniste, chef de service mais non directeur, de prendre la parole sur cette question, malgré son incompétence partielle.

On peut être un bon chef de service et un bon directeur en même temps; le rapport nous le prouve par ses arguments et son rapporteur par sa valeur personnelle. Toutefois, faut-il en conclure qu'on ne peut-être un bon médecin aliéniste si l'on n'est pas capable d'être un bon directeur? Je ne le crois pas : ces deux qualités peuvent se trouver réunies en une même personne, mais la qualité de directeur peut manquer sans porter préjudice aux qualités médicales.

Le directeur, a dit M. Chambard, tuera le médecin dans le directeur-médecin. Est-ce un pseudo-aphorisme, comme le dit spirituellement M. Doutrebente, ou bien cette pensée ne contiendrait-elle pas une part de vérité? Cette part de vérité, je la trouve dans l'absence annuelle d'un grand nombre de directeurs-médecins d'asiles à nos Congrès. Ceux-ci, d'ailleurs, ne peuvent même pas invoquer l'excuse de leur présence à Moscou.

On a parlé souvent des conflits entre le directeur non médecin et les médecins d'asiles. Mais ces conflits existent même dans les cas où le directeur est médecin; il y a eu des asiles,

et il est possible qu'il y en ait encore où ces conflits existent, et si l'on n'en a pas parlé c'est que directeur-médecin et médecins adjoints avaient de bonnes raisons pour cela; il y a même eu des asiles où c'était une tradition de critiquer le médecin en chef directeur; c'était grossier, mais bien porté, car il semblait que cela portait bonheur.

Le rapporteur a omis de parler des asiles où il y avait un directeur non médecin et des médecins en chef dans lesquels les conflits étaient insignifiants. Ici nous ne sommes pas incompétent et nous pourrions citer les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Des conflits, mais il y en a partout, partout où les caractères des personnes qui causent ces conflits se rapprochent plus ou moins des caractères de nos aliénés; et le cumul des fonctions de directeur et de médecin ne pourra pas toujours détruire ce vice du caractère qui n'est nécessairement incompatible ni avec le cumul de ces fonctions, ni avec leur disjonction.

En résumé, la proposition de M. Doutrebente me paraît pécher par sa généralisation, et je résumerai ainsi ma conclusion sur ce point : Il pourra y avoir dans des asiles un directeur-médecin, dans d'autres un directeur non médecin ; dans ce cas, on pourra proposer, comme l'avait fait le préfet de la Seine, Hérold, de subordonner l'autorité administrative à l'autorité médicale, ou, comme l'a proposé M. Bourneville, le contrôle du service médical sur l'administration de l'asile exercé par un comité de médecins chefs de service dudit asile, ou encore l'agent comptable de mon même collègue.

Ce que je repousse, c'est une règle administrative uniforme pour la nomination des directeurs de tous les asiles; c'est peut-être une mesure égalitaire, mais ce n'est pas une mesure libérale.

Une autre question, c'est celle du cumul des fonctions de professeur de clinique, de médecin en chef et de directeur. Certes, le professeur de clinique doit avoir tout droit sur l'asile; mais ici, par exception, le droit ne me semble pas impliquer le devoir, et le professeur de clinique ne doit pas être astreint à être directeur ni même chef de service si cela ne lui convient pas, s'il y trouve plus d'inconvénients que d'avantages. Ici, c'est le choix du professeur de clinique, son libre arbitre qui doit servir de point de départ au règlement admi-

nistratif. Par suite, généraliser à toutes les facultés la proposition de M. Doutrebente me paraît encore une mesure excessive et surtout trop égalitaire.

Les trois questions : non restreint, colonie d'aliénés, open-door, ont été bien appréciées par M. Doutrebente. Partisan du restreint quand c'est nécessaire, nous ne répéterons pas ce que nous avons dit au Congrès de Nancy.

Les colonies d'aliénés, nous les avons défendues à Blois et à Nancy. Nous regrettons que M. Doutrebente ne nous ait pas cité parmi les défenseurs des colonies, tandis qu'à la page 170 il veut bien nous citer pour dire que nous sommes de l'avis de M. Marandon de Montyel : « Il faut pour tout ce monde disparate des asiles spéciaux. » Le rapporteur nous fait dire ce que nous n'avons pas dit. J'ai dit que les asiles d'aliénés contiennent des individus qui ne devraient pas s'y trouver : les uns, criminels responsables, auxquels des mesures doivent être appliquées, au nom de la sécurité et non au nom de l'aliénation mentale et de l'assistance ; d'autres, aliénés, mais non dangereux, qui ne sont séquestrés que parce qu'ils sont incapables de travailler pour vivre, et qui doivent être placés dans les colonies, ou chez des nourriciers, ou dans leurs familles.

Quant à la question de l'open-door, je ne la comprends pas ; car s'il y a dans les asiles des sujets auxquels l'open-door serait applicable, l'application ne pourrait en être faite au nom de la loi sur les aliénés qu'en vertu de ses considérants sur les motifs de séquestration. Ici encore, l'assistance à domicile chez les nourriciers ou dans des colonies agricoles ou industrielles répond à la notion de l'open-door.

La question des internes et des adjoints des asiles mérite d'être discutée. M. Doutrebente propose qu'à Paris il y ait un concours commun aux asiles de la Seine et à ceux de l'Assistance publique (Bicêtre et la Salpêtrière). Pourquoi priver les internes des hôpitaux de Paris du droit d'être internes dans les asiles de l'Assistance, si leur goût les y porte ? J'irai plus loin : Pourquoi les médecins des hôpitaux n'ont-ils jamais eu le droit de fonctionner dans les services des aliénés de ces mêmes asiles ? Pourquoi maintenant un concours spécial leur ferme-t-il systématiquement une telle voie ? Je dois cependant à la vérité de confesser que, sans ce concours spécial dû aux efforts persévérants

de M. Bourneville je n'aurais jamais eu l'honneur d'être médecin aliéniste à Bicêtre ni ailleurs. Mon expérience des concours pour l'internat des asiles me permet de constater une profonde différence entre l'épreuve écrite et l'épreuve orale. Dans l'épreuve écrite les candidats font réellement preuve de connaissances sérieuses comme érudition sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, mais ils montrent une insuffisance notoire des plus regrettables dans l'épreuve orale qui roule sur la médecine et la chirurgie ordinaires. Cette épreuve, comme son nom l'indique, est probatoire, et trop souvent cette qualité persuade à l'heureux candidat reçu qu'il est possesseur de qualités cliniques qu'en réalité il n'a pas; sa présomption, car la présomption est la fidèle compagne de la jeunesse, s'en accroît, se fortifie pendant son adjuvat, au point qu'actuellement un vent de réforme, soufflé par la présomption excusable et l'ambition légitime, menace de tout bouleverser dans nos asiles; heureusement, ce souffle n'a qu'un temps comme la jeunesse qu'il porte sur ses ailes.

Mais il est bon de répéter qu'en aliénation mentale toutes ces réformes prétendues nécessaires n'ont d'autres sources que la présomption et l'ambition. Comme on ne peut pas satisfaire tous les présomptueux et tous les ambitieux, il faut en conclure qu'il y aura toujours des demandeurs de réformes et des esprits assez fermes et assez judicieux pour ne pas s'empresser de les adopter. C'est ce même sentiment qui me fait désirer plus d'un an de stage pour concourir pour l'adjuvat.

On arrive trop tôt titulaire dans les asiles : trois ans d'internat, quatre ans d'adjuvat me paraissent nécessaires pour acquérir l'expérience; il n'y a qu'à relever les appointements chaque année pour répondre à l'accroissement des besoins annuels de l'interne et de l'adjoint.

Quant à la suppression de l'interdiction de séjourner deux ans dans un même service, c'est une proposition absolument injuste. Il est bon qu'un interne et qu'un adjoint connaissent, chaque année, un nouvel asile ou au moins un nouveau chef de service, car qui n'entend qu'une cloche n'entend qu'un son. Si un interne reste deux ans avec un même chef, il prive par cela même un autre collègue de la possibilité de profiter de l'expérience de ce chef de service, et il y a de ce fait la création d'une

inégalité capable de poursuivre le jeune interne dans toute sa carrière. D'ailleurs, en un an, un chef de service a tout le temps nécessaire de communiquer à son interne et à son adjoint toutes ses opinions personnelles, toute son expérience secrète.

M. Brunet : « Le service médical et administratif des asiles publics d'aliénés doit être confié à un directeur-médecin, excepté dans certains grands établissements, comme ceux de la Seine, par exemple, où le mouvement des malades est trop considérable, où le personnel est trop nombreux, trop difficile à diriger et à surveiller.

La réunion des fonctions médicales et administratives est le meilleur moyen d'assurer l'unité et l'harmonie dans les services, d'organiser le travail des aliénés dans des conditions convenables, d'améliorer rapidement toutes les conditions hygiéniques, d'unir le bien-être des malades à une économie bien entendue dont nous sommes bien forcés de nous préoccuper.

Les fonctions des médecins adjoints demandent à être mieux délimitées ; le défaut de délimitation précise entraîne entre eux et les directeurs-médecins des froissements qu'il importe d'éviter.

Il ne me paraît pas nécessaire de nommer des médecins adjoints dans les petits asiles où le chiffre des malades est peu élevé et où leur mouvement est peu considérable.

Le trop grand nombre actuel de médecins adjoints les oblige à un stage trop prolongé avant de devenir chefs de service, ce qui provoque parfois chez eux un vif mécontentement, et peut ralentir leur zèle dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Quelques médecins adjoints pourraient recevoir le titre de médecins suppléants ou intérimaires et être appelés à remplacer, pendant leurs congés, les directeurs-médecins qui seraient seuls à remplir leurs fonctions si assujettissantes et si pleines de responsabilités.

Ces congés devraient être au moins de six semaines, chaque année, pour assurer un repos convenable à ces fonctionnaires qui, autrement, se fatigueraient vite.

Les places de directeurs-médecins et de médecins en chef de tous les asiles de France, aussi bien de la Seine que de la province, devraient être données au concours, qui n'aurait lieu

qu'entre les médecins adjoints ayant au moins trois années de grade, tandis qu'aujourd'hui ces places sont presque toujours accordées à l'ancienneté ou à la faveur.

Ce concours serait pour les médecins adjoints un vif stimulant, les forcerait de travailler, de produire des travaux scientifiques. Il devrait comprendre des notions de comptabilité, d'administration, même de culture, que quelques médecins négligent trop, les regardant comme inutiles ou au-dessous d'eux.

La comptabilité d'un asile est très facile; encore faut-il l'apprendre pour la connaître, pour pouvoir vérifier les livres de la recette et de l'économat.

Cette vérification, l'administration d'un asile exige peu de temps, aucune fatigue, et il est inutile de chercher à en débarrasser les directeurs-médecins qui ont un ou deux secrétaires pour les aider. Ce qui fatigue, c'est la direction, la surveillance d'un personnel qui laisse souvent à désirer et dont les fautes entraînent la responsabilité des directeurs-médecins.

Un asile peut, à la rigueur, se passer d'un médecin adjoint, mais ce dont il ne peut se passer, c'est d'un ou de deux internes.

Leur recrutement est difficile à effectuer dans de bonnes conditions de savoir et de moralité, même dans les asiles de la Seine; il devient impossible dans les établissements éloignés des Facultés de médecine depuis que les étudiants sont astreints à faire, au siège même de ces Facultés, un stage dans les hôpitaux, à suivre des exercices pratiques.

Des mesures urgentes sont nécessaires à prendre à cet égard. Il conviendrait d'élever le traitement des internes, leurs avantages matériels, d'exiger un stage de trois ans d'internat dans des asiles publics d'aliénés, pour concourir à des places de médecins adjoints.

J'ajouterai qu'il serait désirable que le concours pour l'internat, qui devrait être régional, n'eût lieu qu'entre de jeunes docteurs en médecine ou des étudiants ayant seize inscriptions.

On a proposé de remplacer les internes, dans les asiles où l'on ne pourrait que difficilement en obtenir, par des médecins adjoints; je ne crois pas que ceux-ci consentent à s'astreindre au service qui incombe à l'internat.

Tous nos efforts doivent tendre et ont toujours tendu à accorder le plus de liberté possible aux aliénés; mais cette liberté a des limites commandées par le bon ordre qui doit régner dans les asiles et la nécessité d'empêcher tous les accidents qui résulteraient d'une liberté illimitée : actes de violence, meurtres, suicides, viol, outrages aux mœurs, évasions, incendies, etc.

S'il existe dans certains établissements des aliénés chroniques incurables auxquels on peut accorder une liberté entière en raison de leur état mental peu ou pas dangereux, je crois qu'on ferait bien de les rendre à leurs parents, et, si cela n'était pas possible, de les placer dans des colonies familiales comme celles de Dun-sur-Auron, ou dans des asiles qui seraient spécialement construits pour eux.

Quand j'étais médecin-directeur, je parvenais presque toujours à décider les familles à reprendre ces malades quand ils étaient valides.

Leur placement, que j'effectuais quelquefois dans des familles étrangères non surveillées, ne me donnait pas toujours de bons résultats, parce que ces familles avaient une trop grande tendance à les exploiter. J'ai vu de ces aliénés que j'avais ainsi placés revenir me supplier de les reprendre à l'asile parce qu'ils y étaient mieux traités, plus heureux qu'au dehors.

Comme Doutrebente, je considère les asiles de cinq cents malades comme les meilleurs; j'ajouterai que je pense, contrairement à l'opinion généralement adoptée, qu'ils sont aussi économiques que les plus grands, parce que la surveillance de tous les services est plus facile.

On parle beaucoup du petit nombre de médecins pour le grand nombre d'aliénés auxquels ils sont chargés de donner des soins; on oublie ou on fait semblant d'oublier que, malheureusement, la plupart des asiles contiennent à peine dix pour cent de malades réellement susceptibles de guérison, que les autres ne demandent que des soins hygiéniques.

Les malades ne sont pas devenus incurables par notre faute; leur incurabilité tient souvent à la dégénérescence mentale qui a rendu leur folie rebelle à toute thérapeutique, à la paralysie générale qui devient chaque jour plus fréquente, à des maladies cérébrales organiques. Nos établissements contiennent beaucoup

d'idiots et d'épileptiques dont on ne peut que chercher à améliorer la situation physique.

Les cultures maraîchères et agricoles ne doivent avoir lieu que dans le périmètre des asiles, qui devraient être construits à la campagne, au milieu d'une étendue de terrains au moins de 40 à 50 hectares. Les colonies agricoles éloignées ne valent rien, parce que les malades qui y résident sont soustraits à toute surveillance médicale et que, d'ailleurs, ces colonies rapportent peu de bénéfices.

Beaucoup d'asiles présentent encore des améliorations à réaliser, parce que les directeurs-médecins ont à lutter pour les obtenir contre les Conseils généraux qui ne demandent guère qu'une chose, consacrer le moins de dépenses possibles aux aliénés,

Je crois qu'il serait utile de rétablir le plus tôt possible les inspecteurs généraux du service des aliénés tels qu'ils existaient autrefois, de constituer le comité supérieur prévu dans tous les projets de revision de la loi du 30 juin 1838.

Ces inspecteurs généraux devraient être assez nombreux pour inspecter tous les ans les asiles, sur lesquels ils sont seuls capables d'exercer une surveillance convenable. Aidés du comité supérieur, ils parviendraient à vaincre les résistances qui s'opposent à la réalisation des améliorations que réclament les asiles et à effectuer les réformes qu'ils comportent.

M. Rey est un partisan formel de la réunion des fonctions de médecin et de celle de directeur. Ayant été médecin en chef, il a pu, par expérience, se faire une opinion à ce sujet, et il déclare que c'est avec une grande satisfaction qu'étant devenu directeur-médecin, il a accepté sa situation nouvelle. Il a la conviction profonde que la réunion des fonctions permet seule d'assurer pleinement le bien-être matériel et moral des malades, ce qui est toujours difficile et trop souvent impossible quand les fonctions sont divisées. Il estime qu'on peut être à la fois bon administrateur, bon médecin, et donner cependant un temps convenable à la direction et à la clinique. Il admet néanmoins un cas où la séparation est justifiée : c'est celui où le médecin est chargé d'un enseignement et qu'il doit consacrer presque tout son temps à la formation de ses élèves, aux recherches de

laboratoire, aux études scientifiques approfondies. Mais alors, pour le décharger des préoccupations matérielles, on n'a qu'à mettre à côté de lui un médecin qui ait charge de l'administration proprement dite.

M. Rey est aussi convaincu que les fonctions de médecin adjoint sont des plus utiles et qu'elles doivent être conservées. C'est pendant qu'il était médecin adjoint qu'il a acquis de l'expérience. Il reconnaît toutefois qu'aujourd'hui l'adjuvat se prolonge quelquefois beaucoup trop longtemps, ce qui peut avoir des inconvénients réels. Sa durée ne devrait pas être de plus de trois ou quatre ans.

La plupart des asiles sont actuellement trop encombrés. On devrait faire qu'aucun asile ne renfermât plus de huit cents malades, ce qui est même déjà un chiffre élevé.

M. Rey fait connaître une tentative intéressante, faite dans les départements des Bouches-du-Rhône et de Vaucluse, pour diminuer l'encombrement. On rend à leurs familles les malades devenus bien calmes et inoffensifs, en donnant à ces familles la moitié du prix de journée que l'asile percevait pour leur entretien. Cette tentative, bien digne d'attention, devrait être expérimentée d'une manière générale, pourvu qu'elle fût entourée de garanties sérieuses.

Parlant enfin du recrutement des infirmiers d'asiles, M. Rey dit qu'il recrute les siens de préférence parmi les jeunes soldats libérés, en même temps qu'il cherche à donner les principales fonctions de surveillants à d'anciens sous-officiers dès leur libération. M. Rey voudrait voir créer des écoles régionales d'infirmiers, où seraient admis de préférence les jeunes gens sortant du service, qui recevraient ainsi une préparation utile à leur entrée en fonctions.

M. Anglade : « En voyant un médecin adjoint prendre la parole, vous vous demandez sans doute s'il ne vient pas soulever quelque question irritante ou vous présenter quelque grande revendication.

Rassurez-vous, Messieurs, vous avez devant vous le plus heureux des médecins adjoints, dont le caractère n'eut jamais à s'aigrir au contact de maîtres toujours bienveillants.

Il est donc bien entendu que je ne suis pas un révolution-

naire. Je me plais à considérer mon temps de médecin adjoint comme une période de recueillement, d'observation et de travail. Je ne demande qu'à le vivre paisiblement, au fond du modeste laboratoire de l'asile de Braqueville, installé par les soins de notre excellent directeur, M. Dubuisson.

Dans un laboratoire, les idées s'élèvent au-dessus de ces querelles mesquines par lesquelles s'entretiennent des divisions regrettables. Lorsqu'il aura vécu dans un laboratoire et meublé son esprit de connaissances suffisantes, le médecin adjoint, devenu chef à son tour par le savoir et non pas seulement par l'estampille officielle, exercera une autorité incontestée, en contribuant à rehausser le prestige de notre profession.

Donc, nous demandons à travailler, comme nous le conseille paternellement M. Doutrebente, à l'abri des soucis que donnent les responsabilités. Mais il y aurait peut-être un moyen d'encourager le travail des médecins adjoints, par la création, par exemple, d'un concours de médecin en chef ou de directeur-médecin en chef.

Quels inconvénients présenterait l'institution d'un semblable concours entre les médecins adjoints possédant un temps de service minimum, concours portant, non seulement sur les connaissances médicales, mais encore sur les aptitudes administratives, lorsque les candidats aspirent aux fonctions de directeur en même temps qu'à celles de médecin en chef?

Je n'ai pas la prétention d'insister sur les détails de l'organisation de ce concours. Des maîtres expérimentés seraient chargés de ce soin.

Je me permets seulement de signaler ce desideratum à M. l'inspecteur général Drouineau, si dévoué au personnel médical des asiles, après avoir demandé l'approbation du Congrès.

M. Drouineau, inspecteur général, intervenant dans la discussion, déclare tout d'abord qu'il n'entend pas donner l'opinion de l'administration supérieure, ne la connaissant pas, mais qu'il peut donner la sienne et celle de l'inspection générale. Lui aussi, il est partisan de la réunion des fonctions de directeur et de celles de médecin, ayant eu maintes fois à constater les inconvénients graves que créent les conflits qui surgissent là où la division des fonctions existe. Ce sont les aliénés

qui, finalement, ont le plus à souffrir de ces conflits. Au contraire, là où le service médical et la direction sont dans une même main, on a le plus ordinairement à constater bonne administration, bon ordre, progrès et régularité dans le soin des malades.

Quelquefois, cependant, la division des fonctions s'impose; ainsi, par exemple, dans un asile où il y a plusieurs médecins en chef, ayant l'un par rapport à l'autre une autorité égale, il faut bien au-dessus d'eux ou à côté d'eux un directeur indépendant. De même, si le médecin est chargé d'un enseignement, d'un service de clinique, l'administration doit être mise en d'autres mains que les siennes.

Pour ce qui est des médecins adjoints, dont la conservation lui paraît utile et justifiée, M. Drouineau dit que ses collègues et lui sont favorables à l'unification des concours, unification bien plus capable que les concours régionaux d'établir entre les candidats un classement équitable. Peut-être cette mesure ne sera-t-elle pas longue à réaliser.

L'inspection générale se préoccupe de la situation faite aux médecins adjoints par le règlement de 1859. Le concours ayant modifié leurs conditions d'existence, ce règlement est à reviser : il n'entoure pas leur stage de garanties suffisantes; d'autre part, ce stage ne doit pas se prolonger indéfiniment, comme il arrive quelquefois. Si la situation actuelle ne changeait pas, le recrutement des médecins adjoints pourrait devenir difficile et le concours finirait faute de concurrents.

Enfin, M. Drouineau est d'avis qu'il faut assurer un meilleur recrutement du personnel inférieur et modifier la réglementation actuelle des retraites.

M. Cullerre se range absolument à l'opinion émise par M. Doutrebente dans son rapport sur ce qui concerne les directeurs-médecins.

En ce qui concerne les médecins adjoints, il croit d'autant plus leur fonction utile, que n'en ayant pas, portant seul dans un asile de plus de cinq cents malades le fardeau de toutes les occupations et de toutes les responsabilités, il arrive que, soit qu'il s'absente, soit qu'il ait une indisposition l'empêchant de faire son service, il n'a personne pour le remplacer ou l'aider.

Il appelle instamment l'attention de l'administration supérieure sur cette situation qui est vraiment anormale.

M. Giraud : « Messieurs, mon collègue, le Dr Rey, demande que chacun de nous vienne donner son opinion. Je réponds à cet appel. Je suis partisan de la réunion des fonctions de médecin en chef et de directeur, parce qu'à mon avis le médecin doit avoir la haute direction dans l'asile, et l'unité de service ne peut être assurée que s'il y a un chef unique.

Je crois qu'il est bon de débuter par être médecin adjoint. J'ai eu pour maître Foville, qui était pour moi un ami en même temps qu'un chef de service, et j'ai acquis, sous sa direction, une expérience dont je lui serai toujours reconnaissant. Il n'hésitait pas à me prendre pour collaborateur, non seulement dans le service médical, mais encore dans le service administratif; c'est un exemple qui doit être généralisé. Dans la Seine-Inférieure, les médecins adjoints assistent aux réunions de la commission de surveillance. Ils peuvent s'initier à tous les détails du fonctionnement de l'asile, et lorsqu'à leur tour ils deviennent chefs de service, ce ne sont plus des débutants inexpérimentés, se heurtant à des difficultés, à des incertitudes de nature à compromettre leur autorité.

M. Briand dit que, personnellement, il n'a jamais eu de conflit avec le directeur de l'asile de Villejuif, où il est médecin en chef; il se déclare partisan de la réunion des fonctions de directeur et de celles de médecin, parce qu'il estime que les unes et les autres ont une connexité intime et que, dans tout ce qu'il fait, le directeur est obligé de tenir compte de l'élément médical, et qu'il se trouve souvent obligé, malgré lui, à faire œuvre de médecin.

Envisageant le point où, dans son rapport, M. Doutrebente a parlé de la convenance qu'il y aurait, pour le département de la Seine, de créer de nouveaux asiles plutôt que de déverser le trop plein de ses malades sur des asiles de province plus ou moins éloignés, **M. Briand** estime, contrairement au rapporteur, qu'on devrait les placer tout près de Paris, dans un rayon de moins de quinze kilomètres. Un trop grand éloignement est une gêne pour le personnel, et d'autre part, ce qui est plus grave, il

empêche les familles de venir visiter leurs malades et les entraîne peu à peu à s'en désintéresser.

M. Rebatel : « Je viens apporter mon approbation aux conclusions de notre confrère Doutrebente, non pas comme médecin aliéniste, — mon opinion aurait peu de valeur après celles, beaucoup plus autorisées, qui viennent de se produire, — mais comme membre du Conseil général d'un département dans l'asile d'aliénés duquel il y a division des fonctions.

J'ai maintes fois constaté les inconvénients de cette division, au point de vue des relations qui existent entre l'asile d'une part, le Conseil général et l'Administration préfectorale de l'autre. L'unité manque souvent dans les idées directrices de l'asile, et ce défaut ressort clairement de la comparaison des rapports annuels adressés au Conseil général par le directeur et le chef du service médical. Ces rapports, partant de points de vue différents, contiennent des observations, des *desiderata* dissemblables, pour ne pas dire contradictoires ; ils perdent forcément toute autorité. Le Conseil général ne demande pas mieux que de les opposer l'un à l'autre pour rester dans une inertie préjudiciable à l'amélioration de l'asile.

Ainsi, pour peu qu'il y ait conflit entre médecin et directeur, toute amélioration, tout progrès, toute mesure d'ordre deviennent impossibles. Le médecin demande des réformes que le directeur ne peut ou ne veut pas réaliser, et celui-ci dit que s'il ne fait rien de bien la faute en est au médecin. Une situation de ce genre est des plus mauvaises.

Mais l'inconvénient le plus grave est certainement l'absence d'une responsabilité unique. Toute responsabilité divisée est, par cela même, rendue presque illusoire. Le règlement le plus minutieux pourra-t-il délimiter exactement les responsabilités de la direction et du service médical? Il ne faut pas y compter, et de ce manque d'unité résulte aussi bien une inattention dans la prévision d'un accident possible qu'une incertitude inévitable dans la répression. une fois l'accident survenu.

On se rappelle sans doute de très regrettables incidents qui se sont produits dans l'un de nos asiles, et qui ont fortement ému l'opinion publique. Si l'on s'est trouvé dans l'impossibilité d'en faire peser sur qui que ce soit la responsabilité certaine,

c'est que précisément cette responsabilité disparaissait en se divisant. A mon avis, ces incidents ne se seraient peut-être pas produits si la direction de l'établissement avait été concentrée entre les mains d'une seule personne, d'un directeur-médecin.

Je crois donc qu'à toute espèce de point de vue il y a tout avantage à ce que l'unité de direction et de responsabilité soit représentée dans la personne d'un médecin-directeur.

M. Marie, au nom de **M. Dubois**, a présenté le mémoire suivant sur *la nécessité de la transformation du service médical de nos asiles.*

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, en 1895, M. le Dr Vallon s'exprimait ainsi :

« Dans mon service à l'asile de Villejuif, qui contient 570 places, la population atteint le chiffre de 684, c'est-à-dire qu'il y a 114 malades en supplément, parmi lesquels, cela va sans dire, nombre de séniles. C'est là une situation déplorable. Je sais qu'elle existe non seulement dans les asiles de la Seine, mais encore dans plusieurs asiles de province.

« Il y a beau temps qu'on a élevé les aliénés à la dignité de malades. Le moment serait peut-être venu de les traiter en conséquence. Or, quelle thérapeutique vraiment sérieuse peut-on faire quand, dans une année, il entre, comme en 1894, dans mon service de Villejuif, plus de 800 malades? Pour traiter les malades il faut les connaître, il faut en avoir un nombre raisonnable. »

Et l'éminent médecin conclut implicitement à l'augmentation du nombre des médecins aliénistes comme une mesure qui s'impose.

Ce que dit le docteur Vallon peut être dit d'une façon générale. Les médecins en chef des asiles se trouvent à la tête de services dont la population est trop considérable pour qu'il leur soit possible d'en connaître tous les malades. A plus forte raison ne peut-il être question de soumettre ces derniers à un traitement méthodique.

Aussi des réformes urgentes s'imposent-elles. Vaines seront toutes les revisions de la législation, vaines aussi toutes les améliorations matérielles dans l'aménagement des asiles, si le traitement des aliénés est rendu impossible par suite de cette

disproportion inouïe entre la population des malades et le nombre des médecins.

« Réaliser, dit M. le docteur Sérieux, les conditions qu'exige le traitement de la folie, en diminuant le nombre actuellement énorme des malades confiés à un seul médecin, c'est là la réforme capitale à introduire dans l'assistance des aliénés; c'est là la seule solution conforme aux exigences modernes de l'humanité et de la science, exigences souvent proclamées, trop rarement satisfaites. »

Les plaintes que font entendre les médecins aliénistes avaient été énoncées par Esquirol, dont le grand nom vient naturellement sous notre plume. Pour lui, la population d'un service de traitement ne devait pas dépasser 150 à 200 aliénés.

Marcé affirmait « qu'en supposant le médecin doué de toute la jeunesse, la force, la santé, le zèle imaginables, il ne pouvait ni visiter, ni traiter 500 malades; qu'il n'avait même pas le temps de les connaître. Créer un service unique de 700 femmes, c'était aller au-devant des inconvénients irréparables des grands établissements dans lesquels *les malades, entassés et sans direction intellectuelle et morale, deviennent incurables la plupart du temps, par la seule raison qu'on ne les traite pas.* »

Nous espérons que dans le nouvel asile que le département de la Seine doit créer à Ville-Évrard on ne confiera pas à un seul médecin le service des femmes. Ce serait rendre impossible tout traitement, rendre impossible aussi toute recherche scientifique. Et on sait combien, malgré les études, les recherches, les découvertes de nos savants et des savants étrangers, l'aliénation mentale est encore enveloppée des problèmes les plus difficiles à résoudre et les plus graves.

Nous espérons que de profondes modifications seront apportées en ce sens dans nos asiles, et que le Conseil général reconnaîtra qu'il est impossible à deux médecins en chef de soigner *véritablement* 1,400 malades, comme à l'asile de Villejuif.

Comment, en effet, peuvent être mis en œuvre et une analyse psychologique quotidienne, et un examen physique soigneux, sans lesquels le diagnostic et la thérapeutique des formes si variées de la folie sont chose illusoire et vaine? Dans des conditions aussi défavorables, que viennent encore aggraver la constitution matérielle de nos asiles et le mouvement des services, le

traitement des sujets atteints de psychoses aiguës, affections éminemment curables, est, on en conviendra, gravement compromis.

Nous allons constater que dans la plupart des asiles de l'étranger les choses sont tout autrement. Les résultats aussi sont meilleurs; et le professeur Pierret a affirmé que moitié moins de guérisons sont obtenues dans nos asiles que dans les établissements étrangers.

Une pareille constatation, quoique d'une exagération évidente, est attristante dans le pays de Pinel.

Elle est de nature à faire réfléchir ceux qui ne veulent pas se contenter de l'optimisme béat et superficiel qui est le pire ennemi du progrès.

M. le Dr Sérieux, qui a reçu mission du Conseil général de la Seine d'aller visiter les asiles d'aliénés et d'en étudier l'organisation en Suisse, en Italie, en Allemagne, en Russie, en Autriche, et qui a rapporté de ses voyages les plus précieux documents, nous communique quelques renseignements propres à nous éclairer sur ce sujet.

A l'asile provincial de *Vienne*, dont la population de 700 lits, chiffre normal, s'élevait à 794 malades (441 hommes, 353 femmes) le 31 décembre 1891, et à près de 900 en 1894, à l'asile de Vienne, le personnel médical est ainsi composé : Un médecin en chef, directeur; un professeur de clinique des maladies mentales, chef de service; deux médecins traitants, un médecin adjoint, sept assistants.

Ce qui fait *cinq services* et *douze docteurs en médecine* pour un asile de 800 à 900 malades, c'est-à-dire trois fois plus de médecins et quatre fois moins de malades par service.

Le directeur-médecin est spécialement chargé du pensionnat. Les deux médecins traitants (primararzt) sont chargés chacun d'une division, hommes et femmes. Le médecin adjoint a le service des incurables. Le professeur de la clinique des maladies mentales a un service spécial (300 malades des deux sexes); il est secondé par deux assistants. Les cinq autres assistants se répartissent les 600 malades de l'asile proprement dit. Notons que le médecin adjoint a un service spécial, et que chaque assistant n'a pas à s'occuper de plus de 125 malades.

L'asile clinique de *Leipzig* a, pour une population de 150 ma-

lades (dont 25 sont atteints de maladies nerveuses), un directeur-médecin en chef et trois assistants.

Le personnel de l'asile provincial de *Bonn* (600 malades) se compose d'un directeur-médecin en chef, un médecin adjoint, trois assistants, soit *cinq docteurs en médecine pour 600 aliénés.*

En outre de ses fonctions à l'asile provincial, le médecin adjoint est chargé par la municipalité de Bonn de la direction d'un service de 70 aliénés et épileptiques incurables.

A l'asile provincial de *Grafenberg* (près Dusseldorf), même composition du personnel médical pour 550 malades. Le *médecin adjoint est spécialement chargé de la division des femmes;* le premier *assistant* de la division des hommes. L'asile possède un pharmacien.

A l'asile de *Bâle* (Suisse), dont la population est de 230 à 250 malades, le directeur-médecin en chef (Dr Wille), professeur à l'Université, est secondé par un médecin adjoint et deux assistants.

Cette collaboration est efficace, chacun de ces médecins étant chargé spécialement de la surveillance d'une partie du service. Le médecin adjoint s'occupe de la division des femmes; les assistants se partagent celle des hommes.

Au directeur incombent l'enseignement des maladies mentales, la rédaction des certificats et des rapports, la direction du traitement, etc.

A l'asile de *Herzberg* (Berlin), qui renferme 1,000 malades, le personnel médical se compose d'un directeur-médecin en chef, plus spécialement chargé du service de l'admission, de deux médecins-chefs de service (oberarzt) pour les divisions des hommes et des femmes. Les « oberarzt », qui rédigent et signent les certificats, dirigent le traitement, ont chacun quatre assistants; il y a en outre deux assistants volontaires (volontairartz). Il y a donc pour 1,000 malades trois services distincts et treize docteurs en médecine.

On le voit, les « oberarzt », analogues à nos médecins adjoints, sont chargés d'un service. Le directeur-médecin en chef n'intervient que dans la transmission à l'administration des certificats rédigés par les « oberarzt », et par le fait même de cette transmission il en endosse la responsabilité. S'il y a divergence de vues à propos d'un cas litigieux, le directeur peut se refu-

ser à engager sa responsabilité en transmettant un certificat.

La ville de Berlin donne aux médecins de ses asiles les appointements suivants :

Directeur-médecin en chef, de 11,250 à 13,750 francs;

Oberarzt, de 7,500 à 8,750 francs.

L'asile de *Zchadrass* (400 malades) a un directeur-médecin, deux médecins chefs de service et deux médecins adjoints.

L'asile de *Bughalezli* (Zurich) comprend 361 malades, dont 191 femmes et 170 hommes.

Pour ces 361 malades il y a un personnel médical composé d'un directeur-médecin en chef, d'un médecin adjoint et de deux assistants. Afin d'obtenir une collaboration effective de tout le personnel médical, le directeur, le professeur Forel, a chargé spécialement le médecin adjoint du pensionnat, un des assistants de la division des femmes, un autre de la division des hommes. Les assistants font *seuls* deux visites au moins par jour : l'une à sept heures du matin, l'autre dans l'après-midi. Le directeur fait la visite *à une heure indéterminée*, un jour dans une division, le lendemain dans l'autre, en alternant avec le médecin adjoint; tous deux sont seuls au cours de la visite. Le lundi a lieu une visite générale à laquelle assiste tout le personnel.

« L'asile de *Varsovie*, écrit M. le docteur Sérieux, dont la population est de 500 à 550 malades, possède comme personnel médical *un* directeur-médecin en chef et *cinq* médecins adjoints (il n'y a pas d'assistants). Ceux-ci ne suivent pas la « visite », mais sont utilisés de la façon suivante : chaque médecin adjoint est à la tête d'une section de 100 malades, il s'en occupe exclusivement; il est responsable de son service devant le médecin en chef d'abord, au point de vue disciplinaire, et aussi devant la loi. D'après les renseignements fournis, ils ne signeraient pas les certificats. Le directeur-médecin en chef visite chaque jour une des sections, parfois il les parcourt toutes; il n'est point accompagné par les adjoints, mais trouve chacun d'eux dans sa station respective. Chaque jour une conférence réunit tout le personnel médical; les adjoints, dont le médecin en chef n'a pas visité le service, lui rendent compte des divers incidents qui y sont survenus. Si un cas particulièrement difficile de psychiatrie, une intervention chirurgicale se présentent, le médecin en

chef assiste l'adjoint ou désigne un collègue de ce dernier pour prendre une division avec le médecin traitant. L'organisation est à peu de chose près analogue dans les autres établissements.

« Dans la plupart des asiles il n'y a pas d'internes; certaines de leurs fonctions sont remplies par les adjoints.

« Certains asiles possèdent des médecins internes qui, une fois leurs études terminées, font un stage dans un asile d'aliénés, en vue d'acquérir des connaissances pratiques en médecine mentale; ils remplissent alors des fonctions identiques à celles des internes en France.

« Dans l'asile en voie de construction dans le gouvernement de *Kiel*, on prévoit *neuf* médecins pour 900 malades.

« A l'asile-colonie de *Bouraschevo*, qui est un des établissements les mieux organisés de Russie, le personnel médical se compose d'un directeur-médecin en chef et de *cinq médecins adjoints* ou médecins en second. Le directeur-médecin en chef a la haute direction du service médical; il est chargé, en outre, de l'administration générale de l'asile. Le nombre des adjoints est susceptible d'être augmenté. Il doit y avoir un médecin par groupe de 120 malades. *Chacun des médecins* (y compris le directeur-médecin en chef) *est à la tête, au double point de vue médical et administratif, d'un service de 120 malades* environ, comprenant un ou plusieurs quartiers. Les médecins en second sont responsables devant la loi pour tout ce qui se passe d'irrégulier par leur faute dans leurs divisions respectives. Le directeur fait une visite quotidienne de tout l'établissement. Cette visite n'a point lieu à heure fixe et les médecins en second n'y assistent pas, même quand le directeur-médecin en chef visite la section qui leur est confiée. Ils ne sont d'ailleurs pas informés de l'heure de cette visite. Les médecins en second doivent faire tous les jours une visite des malades de leur section dans la matinée et une contre-visite dans l'après-midi ou dans la soirée. Les médecins se réunissent tous à midi dans le cabinet du directeur et rendent compte des incidents qui ont pu survenir. Tous les samedis soir, une conférence a lieu dans laquelle sont discutées les questions générales ayant trait à la gestion de l'asile, à son état sanitaire, etc. »

M. le docteur Pactet dit, de son côté : « Un fait qui dans les asiles d'aliénés de *Scandinavie* frappe immédiatement un visi-

teur français et qui constitue une différence fondamentale avec ce qui existe dans son pays, c'est que l'on s'efforce de diviser le travail entre tout le personnel médical, de donner une destination utile à toutes les forces dont on peut disposer, et de les faire concourir à leur but rationnel, c'est-à-dire au traitement des malades.

« Le personnel médical se compose dans chaque établissement d'un médecin-directeur — les fonctions médicales et administratives sont partout réunies dans la même main — secondé par des médecins en second et un assistant ou simplement par des assistants. Les médecins en second correspondent à peu près à nos médecins adjoints; les assistants répondent à ce qu'est chez nous le corps de l'internat, avec cette différence, toutefois, que les assistants ont terminé leurs études. Ce sont, en général, de jeunes médecins qui se destinent à la carrière médicale aliéniste ou qui désirent se mettre au courant de la pathologie mentale.

« Qu'il s'agisse de médecins en second ou d'assistants, chacun a sa fonction spéciale, un travail déterminé, une part de responsabilité et par suite une certaine initiative.

« A l'asile d'*Upsal*, le service médical est assuré par un médecin-directeur qui est en même temps professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine, et par deux assistants. L'un des assistants est chargé de la division des hommes, l'autre de la division des femmes. Chacun d'eux a donc un certain nombre de malades auxquels il donne des soins, sous sa propre responsabilité; il se trouve à la tête d'un service auquel il peut s'intéresser, ayant une participation directe à son fonctionnement.

« L'asile d'Upsal compte 420 malades; trois médecins leur donnent des soins d'une façon effective, ce qui constitue une proportion de 1 médecin pour 108 malades.

« A *Stockholm*, nous trouvons également un médecin-directeur, professeur à la Faculté, et deux assistants. La division du service est la même qu'à Upsal et la population de l'asile est de 268 aliénés traités par trois médecins.

« A *Lund*, l'établissement comprend deux divisions : *Lund's hospital*, destiné au traitement des aigus, et *Lund's asylum*, où sont hospitalisés les chroniques. A la tête de chacune de ces

sections se trouvent un médecin et deux assistants. Aussi bien à Lund's hospital qu'à Lund's asylum, chacun des assistants possède un service. L'effectif de Lund's hospital est de 348 malades, l'effectif de Lund's asylum est de 680. A la division des aigus, il y a donc une proportion de 1 médecin pour 212 malades et à celle des chroniques 1 médecin pour 226 malades. »

A l'asile de *Göteborg* (Suède), la population est de 176 malades et le personnel médical se compose de 2 médecins.

A l'asile de *Hernosand* (Suède) : Population, 224 malades; personnel médical, 2 médecins.

A l'asile de *Malmö* (Suède), qui ne renferme que des malades chroniques : Population, 174 malades; personnel médical, 1 médecin.

A l'asile de *Nykoping* (Suède) : Population, 114 malades; personnel médical, 1 médecin.

A l'asile de *Pitea* (Suède) : Deux sections : une pour les aigus (Pitea's hospital), une pour les chroniques (Pitea's asylum).

Population totale des deux sections : 182 malades.

Personnel médical, 2 médecins, l'un chargé de la division des aigus, l'autre de celle des chroniques.

A l'asile de *Vadstena* (Suède) : Population, 377 malades; personnel médical, 2 médecins.

A l'asile de *Vexio* (Suède) : Population, 218 malades; personnel médical, 2 médecins.

A l'asile de *Kristinehamn* (Suède) : Population, 310 malades; personnel médical, 2 médecins.

On peut voir par les chiffres précédents qu'en Suède le nombre d'aliénés auxquels un médecin donne ses soins varie de 100 à 226, et encore, quand l'on arrive au chiffre de 226, n'est-il pas inutile de faire remarquer qu'il s'agit de malades dont l'affection est passée à la chronicité et pour lesquels la plus grande partie des ressources de la thérapeutique a été épuisée.

En Danemark, l'organisation médicale des établissements d'aliénés né présente pas de différences notables avec celle qui existe en Suède.

Par exemple, l'asile de *Roskilde*, près de Copenhague, l'un des plus importants du pays, a une population de 1,012 malades. Son personnel médical se compose d'un médecin-directeur, de deux médecins en second et de quatre médecins assistants, ce

qui fait un total de sept médecins pour 1,000 malades, soit un médecin pour 144 malades.

Là existe aussi la division des aliénés en aigus et en chroniques. Le médecin-directeur et deux assistants s'occupent des aigus ; l'un des médecins en second est à la tête de la section des malades chroniques hommes, l'autre est chargé du service des chroniques femmes. Chacun des médecins en second a pour collaborateur un médecin assistant ayant un certain nombre d'aliénés confiés à ses soins.

M. le docteur Pactet a visité, en outre, les asiles de Hambourg et de Buenos-Ayres.

A l'asile de *Hambourg*, la population est de 1,000 malades.

Le personnel médical actuel est composé d'un médecin-directeur, d'un médecin en second, de trois assistants.

A noter que chaque assistant a un service dont il est responsable. L'un a le service des chroniques hommes, l'autre le service des chroniques femmes, le troisième s'occupe du pensionnat.

A partir de l'an prochain, le personnel médical sera augmenté et se composera de : un médecin-directeur, trois médecins en second, cinq assistants.

Asile national de *Buenos-Ayres* : Population de l'asile, 1,000 malades. Ils sont soignés par six médecins qui ont chacun un service autonome. Chaque médecin a pour collaborateur un interne.

Nous voyons par ces chiffres que le service d'un médecin ne comprend que 166 lits.

Asile municipal de *Buenos-Ayres* : Population de 950 malades environ.

Le personnel médical se compose d'un médecin-directeur, qui est en même temps professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Buenos-Ayres, et de cinq médecins traitants qui ont chacun un service absolument autonome et sont assistés chacun d'un interne.

Chaque médecin a seulement 150 malades à soigner.

Il est superflu d'insister pour montrer la supériorité de l'organisation médicale des asiles de l'étranger sur les nôtres. Il est bien évident qu'un médecin qui n'a à s'occuper que de 150 ou 200 malades peut les connaître, être au courant des moindres

détails de leur histoire pathologique, et, par suite, intervenir d'une façon efficace au point de vue thérapeutique.

Il faut donc aviser, si nous ne voulons pas que nos asiles soient des *dépôts d'incurables* ou de malades qui deviennent incurables faute de soins. Il faut, de jour en jour, tendre, nous ne cesserons de le dire, à la transformation de nos *renfermeries d'aliénés* en hôpitaux pour le traitement des maladies mentales.

Il serait profondément regrettable, et ce serait un grand préjudice causé aux intérêts des aliénés, qu'on persévérât plus longtemps dans des errements dont l'effet funeste se fait partout sentir. Nous avons fait plus haut allusion au service des femmes dans le prochain asile de Ville-Évrard. Mais n'a-t-on pas lieu de s'étonner quand, lisant le projet d'organisation médicale du cinquième asile, on voit que le service des hommes, comprenant 500 malades (c'est-à-dire 700, avec l'encombrement chronique de nos asiles), sera confié à un seul médecin ?

Il nous appartient de montrer aux étrangers qui viendront visiter nos asiles, lors de l'Exposition de 1900, que nous sommes restés, au point de vue de l'aliénation mentale, dignes de nos grandes traditions scientifiques et humanitaires.

Le nombre des médecins dans les asiles doit donc être augmenté, et la création de petits services s'impose pour en arriver à l'hôpital des maladies mentales qui est notre idéal. Mais, pour le moment, il serait téméraire d'y songer. Il est toutefois facile d'apporter, dès maintenant, une amélioration sensible dans certains services, sans augmenter le nombre des médecins, sans, par conséquent, grever en aucune façon nos budgets.

Il suffit de faire ce qu'on pratique à l'étranger : diviser les grands services où les malades curables sont « noyés » au milieu des chroniques et fatalement perdus de vue ; utiliser les collaborateurs des chefs de service, et particulièrement les médecins adjoints.

Grâce à cette division, facilement réalisable, en donnant aux médecins adjoints actuellement inoccupés, inutilisés, un certain nombre de quartiers, sous leur responsabilité, on a pu transformer dès maintenant la physionomie de nos deux asiles de Ville-Évrard et de Villejuif.

Le docteur Marandon de Montyel, qui avait dans son service 900 malades, a vu la moitié de ses malades confiés à un médecin

adjoint. C'est la conséquence de ce qu'il avait écrit : « Pour assurer la thérapeutique dans nos asiles et permettre aux médecins, ainsi que c'est leur devoir, de traiter individuellement leurs malades, il faudrait *tout de suite* ne laisser que 300 aliénés par service médical, soit en dédoublant les grands services, dans les asiles à fonctions séparées, par la division des aigus et des chroniques, ou le groupement de certaines sections spéciales, comme celles des enfants, des épileptiques, des alcooliques et des infirmeries, soit en confiant dans les asiles à fonctions réunies un service à un ou deux adjoints, selon l'importance de l'établissement, en procédant de la même façon. Pour l'avenir, il faudrait trois choses : tout d'abord, dans les nouveaux asiles, ne jamais créer de services de plus de 300 lits, puis entreprendre des essais de colonisation familiale, et enfin avoir des asiles spéciaux pour les groupes bien tranchés de malades. Dans ces conditions, nos établissements cesseraient d'être ce qu'ils sont, des hôtelleries hygiéniques aux portes et aux fenêtres fermées et entourées de murs, où, en échange de la liberté, on trouve bonne table, bon gîte et des égards, pour devenir ce qu'ils auraient dû toujours être : des milieux de traitement. »

Pour l'asile de Villejuif, avec les constatations faites par les docteurs Briand et Vallon, il ne pouvait y avoir de protestations. Dans cet asile, en effet, dans la division des femmes dont le nombre est de 800, le personnel médical était ainsi composé :

Un médecin chef de service, un médecin adjoint, deux internes.

N'est-il pas évident qu'il était préférable, à tous les points de vue, de confier au médecin adjoint 3 ou 400 malades, de l'assister d'un interne et d'avoir ainsi deux chefs de service, sans qu'il fût nécessaire d'augmenter le personnel et sans qu'il en coûtât un centime au budget? Il s'est agi simplement d'utiliser d'une façon efficace le personnel actuellement existant et d'empêcher le gaspillage de forces vives et de bonnes volontés.

Rappelons qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière une organisation analogue fonctionne, et, pour 800 malades, ce n'est pas *un* seul chef de service, mais *trois*, qui se partagent les aliénés ou les épileptiques de ces établissements.

La division des services de Villejuif réalisée, les médecins en chef, déchargés de la moitié de leurs malades, pourront dorénavant s'occuper d'une façon un peu moins superficielle du

service qui leur reste confié; — les médecins adjoints, se trouvant à la tête d'un service autonome, pourront enfin exercer leur activité; — les malades verront eux aussi leur situation modifiée; on ne se contentera plus de les tenir séquestrés, on les traitera.

Cette réorganisation n'est d'ailleurs que la généralisation d'une mesure appliquée dans les autres asiles de la Seine. En effet, partout ailleurs les médecins adjoints sont chargés d'un service autonome. A Vaucluse, c'est un médecin adjoint qui est chargé du service de la colonie, sous sa propre responsabilité; de même à Sainte-Anne, pour le service de la clinique des maladies mentales; de même encore à Ville-Évrard, pour le service des alcooliques; de même enfin à la colonie de Dun-sur-Auron qui a été organisée par un médecin adjoint. Quelles raisons pouvait-on invoquer pour que, à Villejuif seulement, les médecins adjoints ne fussent pas chargés d'un service spécial?

Faut-il rappeler que l'administration de l'Assistance publique a, il y a dix ans, dédoublé un service, considéré comme trop chargé pour un seul médecin? Or, ce service ne comprenait que 446 lits, alors que ceux de Villejuif comptaient 700 et 800 lits. Voici, d'ailleurs, les considérants de ladite administration :

« Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

« Vu l'état des lits qui composent les trois sections d'aliénés de l'hospice de Bicêtre;

« Considérant que l'effectif de la troisième section, affectée au traitement des idiots et des épileptiques, s'élève au chiffre de 446 lits, alors que les deux autres réunies ne forment qu'un total de 465 lits;

« Qu'il importe, dans l'intérêt des malades, de diviser la troisième section en deux services et par suite de créer un quatrième service dans la division des aliénés, répartit les 446 lits en deux services :

Un Service d'épileptiques adultes..........	153 malades.
Un Service d'idiots et d'épileptiques........	293 —

« A chaque service sont attachés un médecin, deux internes en médecine. » (31 juillet 1886.)

Rien n'a été plus facile que de réaliser le dédoublement des services de Villejuif. On a évité les inconvénients résultant du

passage des malades d'un service dans un autre en donnant au médecin adjoint certains groupements spéciaux de malades qui, sauf de rares exceptions, n'auront pas à changer de service.

Je prends, par exemple, un service des femmes. Il est possible de confier au médecin adjoint : le quartier des gâteuses (les aliénées qui y sont reléguées n'ont plus à en sortir et forment un groupe bien déterminé de malades); le quartier des femmes atteintes de démence sénile ou organique. Voilà donc des malades qui peuvent servir à former un service complètement autonome. On pourrait même y ajouter des femmes alcooliques, malades complètement lucides et nullement susceptibles d'être évacuées sur le service voisin. Le médecin en chef aurait le quartier de l'infirmerie, des agitées et demi-agitées, des épileptiques, etc.

D'ailleurs, quels que soient les inconvénients du dédoublement des services, ils seront relativement insignifiants si on les compare aux déplorables résultats de l'état de choses actuel.

Cette réforme, je le répète, ne coûtera rien, puisque le personnel médical qu'elle nécessite existait déjà dans l'établissement (médecins adjoints et internes). Les surveillants en chef des nouveaux services pourront être des sous-surveillants.

Signalons, en passant, les propositions de MM. Magnan et Legrain pour l'asile d'alcooliques proprement dit. MM. Magnan et Legrain considèrent l'unité de direction comme une condition vitale : c'est donc un directeur-médecin qui devrait être placé à la tête de l'établissement. Le « médecin-directeur, dit M. Magnan, et deux médecins adjoints, *à qui il confierait la surveillance et le traitement de quelques quartiers de malades*, suffiraient peut-être à la lourde tâche de traiter et de moraliser 500 hommes et 200 femmes alcooliques. » Pour M. Legrain, « plusieurs médecins adjoints, *jouissant d'une autorité médicale absolue*, seconderaient le médecin-directeur. »

Il est à désirer que la question des attributions des médecins adjoints soit réglée d'une façon précise, dans le sens le plus libéral : les fonctions de ces médecins doivent, pour les raisons précédemment indiquées, être identiques à celles des médecins en chef de nos asiles. Au cas où la réunion des fonctions médico-administratives entre les mains d'un directeur-médecin ne serait pas adoptée, sans doute un seul médecin en chef, assisté, non

d'internes, **mais d'assistants-docteurs, au nombre de deux**, suffirait pour les 500 alcooliques hommes. Pour les 200 femmes alcooliques, des dispositions réglementaires spéciales devront être prises afin de pouvoir confier à un médecin adjoint la direction médicale et la responsabilité de ce service.

D'ailleurs, pourquoi ne pas laisser à côté du médecin-directeur une sphère d'action médicale autonome au médecin adjoint érigé en médecin traitant responsable?

Le nombre des malades jusqu'ici confiés à la responsabilité d'un seul homme serait diminué de moitié, pour le plus grand avantage de l'observation et de la thérapeutique individuelle. L'insuffisance en nombre des médecins traitants pourrait, en effet, être ainsi corrigée sans augmentation de dépenses, par une simple réorganisation de l'adjuvat, dont la conception actuelle repose sur une méconnaissance du bienfaisant principe de la division du travail. En 1838, l'absence de spécialisation préalable conduisit à la conception du stage subalterne des médecins adjoints, stage qui n'a plus sa raison d'être aujourd'hui. La spécialisation et la compétence des médecins d'asiles sont actuellement garanties dès l'abord par l'internat et le concours spécial; on les place malgré cela en sous-ordre, sans initiative ni responsabilité, pendant un temps indéfini, de plus de dix ans parfois, auprès de médecins-directeurs souvent âgés, réclamant en vain leur retraite, issus de générations médicales entièrement différentes et sans point de contact possible, parlant même un langage scientifique différent. Dans ces conditions, le médecin adjoint est comme une cinquième roue au char, il ne peut s'atteler à la même tâche, ou ne peut qu'y tirer en un sens différent sinon opposé; son action se trouve paralysée, celle de son chef aussi.

On a renoncé à cette hiérarchie surannée dans la médecine militaire, où les hôpitaux ont leurs médecins traitants à côté des médecins-directeurs. Les asiles devraient être réorganisés dans le même sens, d'autant plus que les rares tentatives faites pour confier des fonctions de chefs de service à des adjoints n'ont fourni que des résultats encourageants, ainsi que je l'ai dit plus haut en ce qui concerne la Seine.

M. Le Filliâtre lit le mémoire suivant : *Nécessité d'une*

nouvelle organisation du service médical dans les asiles; — de son insuffisance actuelle.

Avant-propos. — « On croit généralement que ce sont ceux qui vivent depuis de longues années dans un milieu déterminé et qui sont à même de connaître, sous leurs multiples formes, les inconvénients et les avantages d'une organisation établie, qui peuvent le mieux juger, modifier les points faibles, perfectionner les choses dignes de subsister, trouver les innovations qui font faire des progrès remarquables et décisifs. Mais qu'il nous soit permis de battre en brèche ces idées quelque peu préconçues. Nous ne sommes point de l'avis du Dr Pangloss, qui trouvait que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes; laissons à ce personnage de Candide ses idées optimistes et voyons si l'accoutumance ne réduit point, qu'on nous permette cette expression, le champ visuel des idées nouvelles. L'horizon se ferme quand on vit dans des limites invariables, et ce qui peut paraître bien, quand on y est accoutumé, paraît quelquefois, à l'observateur impartial, mauvais et digne de réformes urgentes.

Combien s'habituent à des demeures sordides et laissant à désirer au point de vue de l'hygiène, parce qu'ils y sont nés, parce qu'ils y ont vécu et qu'ils sont incapables d'en voir les multiples inconvénients? Il en est de même des institutions; ce n'est que lentement, et souvent par une évolution trop lente, que telle loi, qui paraissait répondre à tous les cas, satisfaire à toutes les aspirations de la société, quelques années plus tard paraît mauvaise et indigne d'une société civilisée. Ce que nous trouvons en grand dans l'évolution des sociétés se retrouve en petit dans le fonctionnement d'organismes sociaux. Surtout l'observateur non prévenu, non encore acclimaté au milieu dans lequel il est appelé à vivre, peut se rendre compte des défauts et des qualités d'une organisation. Aussi nous, qui après la fréquentation des hôpitaux avons vécu dans le milieu des asiles, pouvions-nous apporter un esprit sans idées préconçues et voir ce qui différenciait l'assistance des aliénés (maladies psychiques) de l'assistance des malades (maladies somatiques). Les uns étaient traités pour des maladies des organes, les autres pour des maladies et des troubles de fonctionnement du système nerveux; les méthodes et les soins étaient bien

différents. La pathologie du cerveau et celle des autres organes sont-elles donc si dissemblables? l'une peut-elle se passer de l'observation, tandis que l'autre réclame une étude minutieuse et suivie pour arriver à un traitement rationnel?

Ne croyez point, chers confrères, que ce soient des idées révolutionnaires et aggressives que nous allons soumettre au Congrès. Mais n'est-il pas permis, quand un édifice craque de toute part et qu'il est prêt à s'effondrer, n'est-il pas permis à toutes les bonnes volontés d'accourir en foule, les unes de prêter le secours de leur intelligence, les autres, et nous sommes de celles-là, de donner quelques avis timides qui parfois, dans les instants critiques, peuvent être de quelque utilité? Ce ne sont point des idées de maître, des théories d'école que nous voulons apporter ici, mais des idées simples, des idées de gros bon sens, et si le personnage n'était point si discrédité, nous dirions des idées de M. Prudhomme. Pourquoi ne point traiter les aliénés comme d'autres malades, puisque, comme le dit très bien le Dr Dubois dans un rapport au Conseil général de la Seine : « un grand nombre d'aliénés sont susceptibles de guéri-« son; puisque les maladies du cerveau doivent être considé-« rées comme les maladies des autres organes; puisque les cas « aigus doivent être traités dans un hôpital, et qu'il est néces-« saire, pour le bon ordre des choses, pour le traitement, pour « un meilleur état des uns et des autres, de séparer les curables « des incurables, chroniques et infirmes, de faire des asiles des « maisons de traitement, des *instruments de guérison*, comme « l'écrivait Esquirol. »

Si nous regardons ce qui est fait actuellement autour de nous, nous voyons que les conditions essentielles du traitement des malades sont fatalement négligées.

Quel est le chirurgien qui se vanterait d'avoir huit cents malades à opérer? Nous voyons d'ici nos contradicteurs saisir la balle au bond et s'écrier : « l'aliéniste a un travail qui ne correspond point à celui d'un chirurgien ». Nous ne le savons que trop, hélas! et nous pensons qu'il n'y a pas lieu d'insister. Quel est le médecin qui voudrait avoir une cohue de malades à traiter? Aucun. Pour soigner un malade, il faut le suivre chaque jour, connaître l'origine et l'évolution de la maladie, prévoir les complications, y remédier, et, le diagnostic établi, se

préoccuper du pronostic. Cela existe-t-il dans nos asiles? point du tout. Voici ce qui se passe dans la plupart des services : on amène le malade, on regarde le certificat, on se préoccupe si l'état du malade n'est pas trop discordant avec le diagnostic porté par le médecin antérieur, et on fait un certificat constatant des symptômes semblables à ceux observés par le dit médecin. Et que devient alors le malade? Il est mis au rang des aliénés pour en grossir le nombre; il fait partie dorénavant de cette collectivité où tous, du premier jusqu'au dernier, sont des inconnus pour le médecin, quelque peu connus par le chef de quartier. Comment veut-on que le chef de service, devant cette foule sans cesse renouvelée par les entrées, par les transferts, par les décès (ne parlons pas des sorties!) connaisse tous ses aliénés? Le temps matériel lui manque, et encore l'aurait-il, que son activité ne pourrait y suffire. Les bonnes volontés cependant sont nombreuses; mais le manque de liberté, des règlements administratifs mauvais, des raisons économiques indignes de notre siècle font que l'aliéné n'est plus un malade, mais un moteur...!

Nous sommes convaincus que la plupart, la majorité d'entre nous, seront heureux d'entrer dans la voie des réformes et d'abandonner, sans aucun regret, les errements anciens et qui subsistent encore (cruelle ironie!) dans la patrie de Pinel et d'Esquirol.

Historique. — Pourquoi étions-nous autrefois les premiers, et pourquoi sommes-nons aujourd'hui dépassés par l'étranger?

Pinel, en 1792, en délivrant les aliénés de leurs chaînes, avait reconnu que ces malheureux étaient des malades qu'il fallait traiter. Il considérait les asiles qui existaient alors comme des prisons médicales.

Esquirol, dans son *Traité des maladies mentales*[1], en parlant du traitement des aliénés, s'exprime en ces termes : « Peut-être conviendrait-il de faire un petit nombre d'établissements dans chacun desquels on ponrrait réunir 150 à 200 aliénés mis en traitement; ces établissements serviraient de modèle, d'école d'instruction. » Aurions-nous besoin, au siècle où nous vivons, de rappeler qu'Esquirol ne voulait pas que la population d'un

1. Tome II, page 404.

service dépassât 150 à 200 malades, — que Marcé affirmait « qu'en supposant le médecin doué de toute la jeunesse, la force, la santé, le zèle imaginable, il ne pouvait ni visiter ni traiter 500 malades, qu'il n'avait pas même le temps de les connaître? »

Et nous pouvons dire, avec notre excellent ami Sérieux, que créer un service unique de 700 femmes à propos du cinquième asile, c'est aller au-devant des « inconvénients inséparables des grands établissements dans lesquels, pour Marcé, les malades entassés et sans direction intellectuelle et morale deviennent incurables la plupart du temps par la seule raison qu'on ne les traite pas. » C'est ainsi qu'Esquirol réclamait au début de ce siècle ce que nous réclamons aujourd'hui : l'augmentation du nombre des médecins traitants, ou plus exactement, comme le dit le docteur Sérieux dans son rapport sur l'asile d'alcooliques de la Seine, une utilisation mieux comprise du personnel médical actuellement existant dans nos asiles, et c'est par cette réforme qu'un grand nombre d'établissements d'aliénés cesseront d'être des renfermeries de fous, des maisons de détention, pour devenir, selon l'expression d'Esquirol, « des instruments de guérison. »

Si nous n'avons point suivi ces premières indications des fondateurs de la psychiatrie, il n'en a pas été de même à l'étranger.

C'est pourtant dans notre pays que la première tentative de colonisation agricole a été faite, en 1820, à Bicêtre ; la seconde, en 1832, à la ferme Sainte-Anne ; la troisième, en 1847, à la colonie de Fitz-James. Et c'est à l'étranger que le système des portes ouvertes (open-door) est le plus généralement appliqué, et c'est ailleurs que chez nous que le traitement a pris la plus grande extension.

Griesinger, en 1868, dans son *Traité des maladies mentales* (page 578), écrivait en ces termes : « C'est, en effet, à peine si un seul médecin peut suivre exactement et traiter activement d'une manière sérieuse un chiffre aussi considérable » (il parle de cent aliénés) ; « l'idée du traitement en masse, dit-il, avec la discipline de caserne, d'aliénés susceptibles encore d'une vie plus humaine, a vécu et n'a plus d'avenir. »

D'après cet auteur, le nombre des malades ne devrait pas

dépasser 100 à 120, et même, si le mouvement était assez actif, de 60 à 80 par service.

Dans la notice de notre ami Sérieux sur l'Assistance des aliénés en Allemagne [1], nous sommes frappés de voir combien les Allemands ont appliqué, et avec succès devons-nous le dire, les idées de Pinel et d'Esquirol. Voici comment s'exprime l'auteur à ce sujet :

« Les asiles récemment construits en Allemagne donnent une entière satisfaction aux *desiderata* formulés en France par Parchappe en 1864 [2] et ne sont plus les établissements de rigoureuse détention, les prisons médicales de jadis, mais bien des hôpitaux pour la guérison des maladies mentales. »

L'Allemagne possédait, en 1890, cent douze asiles publics avec 43,251 malades et 370 médecins, ce qui fait environ une centaine de malades par médecin. Tous les asiles allemands récents sont construits sur le modèle de celui d'Alt-Scherbitz, qui paraît être l'idéal actuel de l'asile pour le traitement des aliénés et où rien ne laisse à désirer.

Pour ne pas faire une fastidieuse énumération des asiles allemands, où le nombre des malades permet une étude attentive et un traitement sérieux, nous nous contenterons de citer l'asile de Herzberge, à Berlin, où le nombre des aliénés ne dépasse pas mille, et où le service médical est assuré par treize docteurs en médecine, dont trois chefs de service.

Qu'on n'aille pas croire que ce soient là des réformes récentes ; le docteur Moreau, de Tours, en 1852 [3], dans ses notes de voyage sur les établissements d'aliénés en Allemagne, avait déjà vu :

Qu'à l'asile de *Halle*, pour 262 malades, il y avait 2 médecins et 1 interne ;

Qu'à l'asile de *Eichberg* (duché de Nassau), pour 220 malades, il y avait 3 médecins ;

Qu'à l'asile de *Prague*, construit en 1846, pour 200 malades, 1 médecin-directeur, 1 médecin adjoint et 2 médecins assistants ;

1. *Archives de neurologie*, 1895.
2. Article ALIÉNÉS, du *Dictionnaire des sciences médicales*.
3. *Annales médico-psychologiques*, 1852, t. VI, p. 428.

Qu'à l'asile de *Vienne* (Autriche), pour 400 malades, 1 médecin-directeur, 3 autres médecins et 1 interne;

Qu'à l'asile de *Marsberg*, en 1854, pour 360 malades, 1 médecin-directeur et 1 médecin adjoint;

Qu'à *Illenau*, asile de curables, en 1854, pour 447 malades, 6 médecins plus 1 médecin-directeur;

Qu'à *Forsheim*, asile d'incurables, pour 400 malades, 6 médecins également, plus un médecin-directeur.

Le docteur Dagonet[1], qui a visité le nouvel asile de *Dobran* (Bohême), y a vu que pour 300 malades il y a 3 médecins.

Les chiffres que nous venons de donner sont ceux du rapport du docteur Doutrebente.

En *Suisse*, le traitement des aliénés y est tout aussi bien compris; il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au savant rapport du docteur Doutrebente au présent Congrès, et de jeter les yeux, page 275, sur le tableau des asiles d'aliénés de la Suisse, communiqué par le docteur Ladame, de Genève, pour y voir, selon les propres termes du médecin-directeur de Blois, une moyenne de « 1 médecin pour 149 malades. »

Ne voulant pas fatiguer le Congrès en citant encore des chiffres, qu'il nous suffise de dire qu'en Ecosse, en Angleterre, où le système des portes ouvertes (open-door) est le plus généralement appliqué, le mode d'assistance des aliénés est tout aussi parfait qu'en Allemagne, et les asiles y sont des « instruments de guérison » et non, comme trop souvent chez nous, des maisons de détention.

Defectuosités de l'organisation actuelle. — Nous venons de démontrer que le vice capital de notre organisation, cet encombrement prodigieux, existe moins à l'étranger. Qui dit encombrement, dit tout; car dans un asile encombré, nulle thérapeutique n'est possible; toute idée originale est étouffée dans l'œuf, tout progrès est inconnu, et c'est là pourtant la base du système déplorable dont nous souffrons.

Comment, en effet, voir quatre cents, six cents, huit cents, mille malades, étudier leur délire, voir quelles sont les complications qui peuvent survenir, soigner les maladies somatiques et s'occuper de viticulture, d'horticulture, d'apiculture, que

1. *Annales médico-psychologiques*, 1885, t. I, p. 240.

sais-je encore, et mériter les félicitations d'un Conseil général de province? C'est là, mes chers confrères, un travail bien au-dessus de nos forces, impossible à réaliser, et nous pensons que la résultante doit en être bien mauvaise. Aussi, sur ce chapitre, il nous sera toujours permis de ne pas être de l'avis du docteur Doutrebente. Avec le régime actuel, le médecin en chef n'est guère plus souvent favorisé, il a sous sa seule direction médicale, sept, huit cents aliénés dont *il est seul responsable.* Tels sont, par exemple : Villejuif et Ville-Évrard, dans la Seine; en province, Maréville, Bron et Mont-de-Vergues,

Aussi approuvons-nous pleinement M. Marandon de Montyel quand, dans son excellent travail sur la réorganisation de l'adjuvat[1], il affirme « qu'il est monstrueux de mettre un seul médecin responsable d'un si grand nombre d'aliénés, car non seulement il n'est pas en mesure de leur appliquer une thérapeutique individuelle, mais il n'est même pas en mesure de les connaître », si par connaître nous entendons connaître le malade en tant que malade, et non simplement avec notre cunéus, comme le disait un jour fort bien notre excellent maître, le docteur Ballet, à la Société médico-psychologique.

Ce que je vous dis là, mes chers confrères, avait déjà été formulé l'an dernier au Congrès de Nancy par mon maître le docteur P. Garnier, dans son excellent rapport sur l'internement des aliénés : « Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique, disait-il, exigeraient que les malades confiés à chacun des chefs de service fussent beaucoup moins nombreux, afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près. »

Avec cette trop grande responsabilité du médecin en chef, le médecin adjoint devient un rouage inutile; il perd toute initiative, et, s'il ne veut pas négliger le traitement des malades, il entame avec son médecin en chef des luttes stériles qui n'ont qu'un seul résultat : amuser la galerie. Combien rares sont les médecins adjoints de province qui produisent quelques travaux! Il ne peut pas plus, en effet, ainsi que le dit fort bien M. Marandon de Montyel, s'intéresser à la rédaction des observations « qu'à n'importe quoi de la maison, car, ici encore, il n'est pas libre; ces observations, dont il dirige et surveille la rédaction,

1. *Tribune médicale*, 1897.

ne lui appartiennent pas ; elles sont, sans doute, son œuvre, mais elles sont néanmoins la propriété du médecin en chef, qui toujours et partout apparaît comme le grand manitou, comme le dieu des quartiers, selon les propres expressions de l'un d'eux. » Nous pouvons donc définir leur situation en cinq mots : *rien faire ou se quereller*.

Les internes, dans aucun cas, ne sont utilisés comme ils devraient l'être ; la multiplicité des malades à soigner, *à gaver*, car telle est souvent la seule fonction de l'interne, décourage le débutant, il se perd au milieu de cette cohue sans cesse renouvelée. Quelques-uns font des travaux de laboratoire, d'autres des études de tatouages, d'autres préparent des concours, et très peu, et cela est le grand mal, des communications, le seul moyen d'émulation qui puisse exister.

Nous ne parlerons pas de certains internes pour qui l'aliénation est souvent lettre morte ; aussi nous pensons du reste, que seuls, l'internat des asiles de la Seine et l'internat des asiles à proximité des grandes Facultés, doivent être, en tant que recrutement, la grande école de la psychiatrie française.

Les docteurs Sérieux[1] et Toulouse[2] ont, du reste, admirablement examiné la question de l'internat sous toutes ses formes, et après leur étude si complète, nous n'avons plus qu'à renvoyer à leurs travaux.

Avant de terminer ce petit résumé des défectuosités de l'organisation du service médical actuel, permettez-moi encore, mes chers confrères, de ne pas oublier les deux points suivants, l'un s'adresse à une certaine thérapeutique, de nos jours encore appliquée à la Salpêtrière, l'autre a pour but les parloirs.

Quand on visite, en effet, certains quartiers de la Salpêtrière, où nous avons eu l'honneur d'être interne pendant trois ans, on peut être frappé de voir de pauvres aliénés maintenus non plus avec des chaînes, mais avec des cordes, sur des fauteuils de force, et cela depuis de longues années. Pourquoi, dans ces conditions, avoir élevé à quelques centaines de mètres de là une

1. Internat des asiles d'aliénés. *(Archives de Neurologie*, 1896, nos 2, 3.)
2. Rapport de 1896 au Préfet de la Seine sur le service de la clinique.

statue à celui qui brisa les chaînes, si nous devions respecter ainsi ses idées et ses préceptes?

L'ignorance des malades éclate encore dans les renseignements que l'on donne aux familles. Ne pouvant retenir quatre cents, six cents, huit cents, mille noms, attacher à chacun de ces noms un diagnostic et un pronostic nettement établis, les avoir continuellement présents à l'esprit, on renseigne les familles avec des formules vagues basées sur ce que l'on a pompeusement appelé des *feuilles d'observation*.

Organisation désirable. — Le remède à apporter à tous ces maux est facile à trouver, si l'on veut y mettre tant soit peu de bonne volonté — et avec nos excellents collègues et amis les docteurs Sérieux, Marandon de Montyel, Pactet, Toulouse et Colin, médecins des asiles de la Seine, nous pensons qu'il est tout trouvé si l'on demande :

1° Tout d'abord d'éviter l'encombrement; pour cela il ne suffit pas de dédoubler les services, il faut que le nombre des aliénés à traiter ne dépasse pas cent par médecin au maximum et à condition toutefois que le service ne soit pas trop actif; notre formule maximum sera donc de un pour cent;

2° La suppression pure et simple de l'adjuvat tel qu'il existe dans les asiles de la Seine, et la création d'une seule classe de médecins traitants, nommés au concours; *des médecins d'asile* à l'exemple des médecins des hôpitaux, chaque médecin étant responsable de ses malades à dater du jour où il a obtenu par le concours le titre de *médecin d'asile;*

3° A l'exemple de l'étranger, un médecin interne assistant par service pris au choix parmi les internes *docteurs* ayant déjà deux ans de service. Ce médecin interne assistant, en l'absence du médecin d'asile, a toute la responsabilité du service et peut signer les certificats, ce que lui permet la loi ;

4° De réserver uniquement aux médecins internes assistants le droit de prendre part au concours de médecins d'asile et leur permettre de rester médecins internes assistants tant que le concours les aura empêchés d'arriver plus haut;

5° Un concours d'internat annuel pour tous les établissements d'aliénés de la Seine, y compris Charenton, Bicêtre et la Salpêtrière;

6° De ne laisser prendre part au concours que des étudiants

n'ayant plus que leur thèse à soutenir, et les docteurs en médecine ayant moins de trente ans;

7° La limitation de la durée des fonctions d'interne à deux années;

8° D'augmenter progressivement le traitement des médecins internes assistants et des médecins d'asile suivant leur ancienneté;

9° Deux corps, par suite, de médecins aliénistes : un pour la Seine, un pour les départements, fonctionnant sur des bases identiques;

10° Que le corps des aliénistes de province se recrute parmi les internes nommés au concours, soit dans la Seine, soit dans les grands centres de province où il existe des Facultés;

11° Une retraite proportionnelle au nombre d'années de service à dater du jour où l'on a été nommé médecin interne assistant;

12° De forcer enfin les asiles couvents à se soumettre à une semblable organisation.

Dans ces conditions, la carrière de médecin d'asile deviendra une situation de plus en plus recherchée, et surtout aujourd'hui où le nombre des médecins devient si grand; — les aliénés, mieux traités, guériront plus facilement; — les budgets de la Seine ou des départements y gagneront. Et, en effet, prenons comme exemple un asile de huit cents malades où la formule *du un pour cent* sera appliquée. Dans cet asile, en n'obtenant qu'un quart de guérisons seulement par an, ce qui est bien peu, et en nous basant sur un prix de journée de 2 francs, bien inférieur à celui de la Seine, nous avons réalisé au bout d'un an une économie de 146,000 francs, somme largement suffisante pour payer le personnel médical; et, en effet, donnons par exemple 8,000 francs à chaque médecin d'asile, 3,000 francs à chaque médecin interne assistant, et 2,000 francs à chaque interne, nous arrivons à une dépense totale de 104,000 francs, ce qui nous fait encore un bénéfice net de 42,000 francs que l'on pourrait consacrer à l'entretien et à la création de nouveaux laboratoires et aux dépenses supplémentaires qu'exigeraient le traitement des malades.

L'aliéné n'étant plus alors un inconnu, les nouvelles méthodes : non restreint — open-door — repos au lit, et toutes les indica-

tions thérapeutiques tirées de l'étude journalière du malade ne seront plus un rêve pour la société, mais une réalité.

M. Briand, prenant alors la parole, s'élève énergiquement contre une conception trop absolue de la division des services. Il n'est pas vrai, soutient-il, que les malades, quels qu'ils soient, seraient d'autant mieux soignés que le personnel médical serait plus nombreux. Assurément on est en droit de demander qu'un même médecin n'ait pas devant lui un trop grand nombre de cas aigus; mais quand il s'agit de chroniques, la situation n'est plus du tout la même, et le médecin qui n'aurait à s'occuper que d'une centaine de chroniques pourrait se vanter d'avoir une véritable sinécure. Ses malades n'ayant pas besoin de soins n'en seraient en réalité pas mieux soignés, et malgré sa bonne volonté il ne pourrait rien faire de plus pour eux que s'il en avait le double à surveiller. Il n'est pas impossible qu'un même médecin ait la charge simultanée d'un nombre assez élevé de chroniques et d'un certain nombre de cas aigus; aux uns il n'accordera que la courte attention qui leur est nécessaire, et dont ils n'ont, du reste, pas besoin tous les jours; aux autres, il consacrera le temps convenable. On doit donc se garder d'un entraînement irréfléchi dans la question de l'augmentation du nombre des médecins d'asiles et de la répartition d'un nombre minime de malades à chacun d'eux.

M. Doutrebente abonde dans le sens de M. Briand et dit que la question de la nécessité de diminuer le nombre des malades soignés par un même médecin dans certains asiles est présentée d'une manière souvent plus spécieuse que fondée par quelques-uns de ceux qui la soutiennent. On a, du reste, le tort très grand, à son avis, de raisonner pour les asiles de province comme pour ceux de Paris; la situation des uns est toute différente de celle des autres. Du reste, la même confusion s'étend à la question du système dit de l'open-door. Les asiles de province, la maison de Charenton qui est un modèle excellent, ont leurs portes suffisamment ouvertes et donnent à ceux de leur malades qui sont capables d'en jouir autant de liberté qu'il le faut. Si les asiles de la Seine sont capables de faire plus, c'est sans doute parce qu'ils ont soin de

déverser sur les asiles de province les plus gênants de leurs malades, ceux pour qui la liberté n'est pas possible, en gardant ceux qui sont le plus faciles à soigner. Pour rétablir l'équilibre de la situation et permettre des comparaisons plus exactes, M. Doutrebente voudrait voir tous les asiles départementaux refuser désormais les malades de la Seine, à moins qu'il ne leur soit payé un prix de journée égal à celui que la Seine paye dans ses asiles. Cela amènerait sans doute le département à garder ses aliénés, et l'on verrait alors si ses asiles ne seraient pas obligés de faire comme ceux de province. M. Doutrebente termine en disant un mot des écrits où M. Marandon de Montyel a exposé ses idées sur les asiles ouverts, idées dont il trouve les tendances absolument décevantes et susceptibles d'être pleines de dangers. Il en peut juger, dit-il, d'après ce qu'il constate à Gheel, en Belgique, d'où il arrive; il y a assisté à une kermesse et y a vu des aliénés laissés en liberté s'énivrer pitoyablement et se livrer sur la voie publique à des actes déplorables.

M. Le Filliâtre s'étonne qu'à propos de sa communication, M. Doutrebente ait fait intervenir la question du système des asiles à portes ouvertes. Ce qu'il a dit de la nécessité d'augmenter le nombre des médecins traitants des asiles n'a rien à voir avec l'open-door, et il déclare que là-dessus il n'a nullement charge de représenter et de soutenir les idées de M. Marandon de Montyel.

M. Marie dépose sur le bureau du Congrès son rapport, année 1895, et quelques documents relatifs à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, dont il a été le premier médecin en même temps que l'organisateur, et lit sur cette colonie le mémoire suivant où il déclare envisager surtout la question de l'assistance des aliénés chroniques par la colonisation familiale.

« J'ai à vous communiquer la situation actuelle de la colonisation familiale pour les aliénés dont j'ai eu l'organisation à Dun et dont je conserve la direction. Chaque année j'apporte ma toute petite pierre à l'édifice de vos travaux et, parmi quelques autres essais, j'ai pris à tâche de vous tenir au courant des efforts que je faisais pour acclimater en France l'assistance de certaines catégories de malades dans les familles.

Nous avons actuellement 500 malades et sommes sur le point d'en assister 700 en 1898 ; conformément au principe que j'ai toujours défendu, dès mon retour d'Écosse, où j'en avais pu constater la bienfaisante pratique, j'ai demandé, avec la plus intime conviction, à partager ma tâche et mes responsabilités avec un médecin adjoint de nos asiles, faisant fonction de médecin traitant pour sa part.

Cela nous fera 350 malades chacun, ce qui est déjà beaucoup ; mais cela se peut défendre vu que ce sont des chroniques, pour lesquels on peut admettre une proportion double de celle que réclame Esquirol.

Je regrette que M. Doutrebente ait cru devoir aller chercher en Belgique un type d'assistance hors l'asile, alors qu'il en pouvait voir un plus proche de lui. Ce n'est pas que j'estime avoir fait à Dun quelque chose d'irréprochable, bien loin de là ; je ne suis pas de ceux qui prétendent que leur service est l'idéal et qu'il ne reste rien à trouver pour faire mieux.

Du moins la visite de notre excellent rapporteur eût pu m'aider à réformer quelques-uns des nombreux points défectueux qu'il me reste à corriger.

Si notre sympathique confrère n'a pas ménagé Gheel, je manquerais, pour ma part, à mon devoir si je ne le remerciais ici pour l'appréciation, courte mais flatteuse, qui a trait à Dun dans son rapport.

M. Doutrebente, dans sa bienveillance trop grande, estime, paraît-il, que Dun n'a réussi que parce que je me suis trouvé à la tête de l'organisation ; mais, suivant lui, cela ne serait pas démonstratif ni pratique.

Je suis confus du compliment en même temps que navré de la conclusion contre laquelle je proteste.

Ne voulant pas me frapper et voulant enfoncer quand même le système des portes ouvertes, M. Doutrebente est allé critiquer Gheel, qui n'en pouvait mais, et qui a eu la malechance d'avoir, en même temps qu'une kermesse belge, la visite d'un adversaire préalablement agacé par l'open-door (c'est lui-même qui l'avoue).

Ce que j'en dis n'est pas pour prôner Gheel, qui est le contrepied du système écossais sur lequel j'ai pris modèle. En Écosse et à Dun, on cherche à assister des chroniques pour désencombrer l'asile de traitement, sans viser à enlever à celui-ci

sa destination essentiellement curative. A Gheel, on traite familialement aigus et chroniques.

Mais Gheel offre incontestablement un puissant intérêt, à la fois historique et pratique, et il ne faut pas lui demander ce qu'il ne saurait donner, à savoir un critérium pour juger l'open-door écossais.

Gheel est un glorieux passé, comparable au Bielefeld des Allemands; mais s'il est resté la preuve permanente de la possibilité du maintien en liberté sur lequel Conolly et les médecins écossais ont pu s'appuyer il y a cinquante ans pour fonder leurs colonies, ce n'en était pas moins, il y a cent ans, une cohue de miséreux, une cour des miracles de l'aliénation mentale ; il n'est même pas inutile de redire ici que la réglementation administrative en remonte à l'occupation française, à MM. de Pontécoulant et d'Herbouville, préfets du premier Empire pour les départements de la Dyle et des Deux-Nèthes.

On doit à MM. Peeters et Bulckens d'avoir progressivement fait de Gheel un établissement qui souffre parfaitement la comparaison avec un trop grand nombre d'asiles fermés de Belgique et d'ailleurs.

Mais le Gheel belge, je le répète, ne saurait être pris comme exemple de l'open-door proprement dit, qui est une innovation essentiellement écossaise, venue d'York comme le non-restreint.

Ce n'est pas sans un étonnement véritable que nous avons vu la discussion associer indissolublement une question personnelle à une question de principe absolument indépendante de telle ou telle personnalité.

Si M. Marandon n'a pas cru pouvoir venir défendre ses idées et affronter ici un débat contradictoire, je le déplore ; mais il ne faut pas pour cela condamner une méthode dont il est partisan, bien qu'il ait, à mon sens, une façon de la comprendre que je ne puis entièrement partager : je veux parler ici de la distinction entre aigus et chroniques qu'il paraît repousser, alors qu'elle constitue le dogme essentiel sur lequel repose tout le système. C'est du moins ce qu'ont professé des esprits supérieurs comme H. Tuke, Sibbald, Fraser, qui combattent depuis près de trente ans pour l'extension du système des portes ouvertes; car ce n'est pas là une idée si neuve et si fantaisiste puis-

que des législations entières la consacrent, comme en Hollande et en Écosse.

Aussi les documents officiels abondent-ils sur ce point, et on peut déplorer que notre rapporteur, au lieu de s'en inspirer directement, s'en soit tenu à la lecture des récents articles de M. Marandon qu'il a seul critiqué.

La question de l'open-door reste donc entière, suivant moi; mais ce n'est pas ici le lieu de la traiter. Je dois me contenter de rappeler le court exposé que j'en ai publié en 1891, après ma mission en Écosse, et sans plus m'attarder à des considérations théoriques, je me contenterai de relater ici les résultats obtenus à Dun par l'assistance de nos chroniques.

Je tiens à protester ici que, pas plus que notre collègue M. Anglade, je ne crois être un révolté et un subversif. J'ai pu passer, paraît-il, pour tel, par suite de je ne sais quel quiproquo. Mais je ne me crois point un anarchiste en assistance.

En particulier, pour ce qui concerne la colonisation familiale des aliénés, je puis citer mes parrains : c'est Foville et M. le Dr Bouchereau, mon ancien chef de service.

L'un et l'autre, en effet, virent les colonies familiales d'Ecosse avec la Commission sénatoriale et Th. Roussel, en 1884. C'est sur les indications de mon maître M. Bouchereau, avec qui j'étais interne lors du concours de médaille d'or, que j'allai en Écosse et non pas à Gheel chercher les modèles du genre, ainsi que les applications du système des portes ouvertes à certains asiles spéciaux que j'ai décrits. Foville, dans son rapport cité par Roussel, insiste snr ce point que la surveillance médicale indispensable aux placements familiaux est assurée en Écosse par des aliénistes, ce qui réalise une méthode d'assistance bien supérieure à celle des enfants chez nous. Il n'est pas sans intérêt de rappeler cela, car beaucoup s'imaginent les deux systèmes bien plus voisins qu'ils ne sont en réalité.

C'est un peu, je le crains, ce qu'on pourrait reprocher au système préconisé tout à l'heure par M. le Dr Rey pour l'élimination des chroniques encombrant l'asile des Bouches-du-Rhône. Son système, privé de la surveillance de médecins spéciaux, court, entre les mains des praticiens cantonaux, le risque d'échouer comme la tentative des Vosges, que connaît bien M. l'inspecteur général Drouineau, ici présent.

La colonie familiale est aujourd'hui connue, grâce aux visites nombreuses qu'elle a eu l'honneur de recevoir, tant de la part des représentants de l'Administration centrale et des membres des Commissions et Conseils du département de la Seine, que de la part des nombreux confrères français et étrangers que la question a pu intéresser.

Bien qu'en continuelle progression et à peu de distance de sa création, je crois que les placements sont en voie constante d'amélioration. Il reste certainement beaucoup à faire; mais plus qu'en toute autre institution, il faut ici procéder par voie d'efforts lents et persévérants, et bien se persuader aussi qu'il y aura toujours un mieux à obtenir, et que le moindre relâchement dans l'énergique revendication des améliorations en faveur de nos malades serait le signal d'une déchéance rapide dans les conditions de nos placements.

A Gheel, M. le Dr Peeters a l'habitude de faire observer humoristiquement que les partisans du régime colonial se divisent en deux grandes classes : ceux qui ont visité les colonies par la pluie et ceux qui les ont vues par le beau temps; les derniers seuls en seraient partisans.

A Dun, nous avons eu souvent des pluies au cours des visites ; je remarque que, néanmoins, la colonie a paru quand même faire bonne impression.

Cependant là ce n'est pas comme à l'asile où l'on peut faire procéder du jour au lendemain à la toilette officielle. A toute époque, surtout avec les convois continus que nous recevons depuis cinq ans, on trouve des placements à tous les stades de leurs différents développements, c'est-à-dire des locaux de nourriciers de la veille, dont l'installation est inévitablement moins complète et moins avenante à l'œil que celle des nourriciers de la première heure, dont on a eu le temps d'exiger tous les petits détails complémentaires d'installation, tels que peinture des murs, descentes de lit, rideaux, mobilier, etc. Comment exiger préalablement tous ces détails matériels de gens sans avances pécuniaires? L'achat du lit complet est déjà fort coûteux avec tous ses accessoires (paillasse, lit de plume ou de balle d'avoine, oreillers, traversin, draps, couvertures, etc.); c'est après la réception de la pensionnaire et le premier mois dont les nourriciers font encore l'avance, à la première paye,

que je dresse ma liste des compléments d'Installation à exiger ; je m'entends alors avec eux pour les époques successives de réalisation du petit programme, de façon à laisser la possibilité de l'éxécution sans détriment pour la malade, c'est-à-dire sans que les avances d'argent nécessaires puissent être prélevées sur le régime d'alimentation nécessaire.

J'ai, à cet effet, établi pour chaque nourricier une fiche où je dresse à main levée le plan du local, avec mesures et emplacements des lits (ce dernier point a son importance, car il est facile de déplacer un lit de malade d'une chambre à l'autre, ou d'ajouter un lit non primitivement autorisé qui modifie le quantum du cubage déclaré ; et c'est à la suite de certaines fraudes de ce genre que j'ai dû en venir là). Nous reproduisons ci-dessous[1] les indications que comporte la fiche en question et sur lesquelles sont basées les répartitions annuelles de gratifications exceptionnelles.

Les locaux sont d'une extrême diversité, comme d'ailleurs les gens qui les habitent et aussi les malades à eux confiées. Il y a toute une étude assez délicate qui consiste à diagnostiquer la catégorie de malades susceptibles de s'acclimater chez tel nourricier plutôt que chez tel autre. Des malades d'une condition sociale certainement au-dessus de la moyenne se rencontrent parfois auxquelles il importe de réserver les placements que j'appellerai aristocratiques, car il y en a qui méritent véritablement cette appellation.

D'autres aliénées sont, au contraire, si grossières et si rebutantes, et habituées à des conditions antérieures d'existence tel-

1. *M* ...., *Rue* ....

Nourricière depuis	Organisation matérielle et propreté ....
Nombre de pensionnaires confiées jusqu'à ce jour	Hauteur de plafond ....
Pensionnaires actuelles	Surface ....
Places disponibles	Cubage ....
Caractère et aptitudes comme garde-malade	Éclairage et aération ....
Soins à la vêture	Observation et desiderata ....
Alimentation	....

les, qu'elles ne sauraient se plaire que chez des gens plus frustes.

Entre ces deux extrêmes il y a toute une série d'intermédiaires, et toute la difficulté est dans l'exacte superposition des pensionnaires de telle catégorie aux nourriciers de la catégorie correspondante.

Enfin, il est des placements d'apparence précaire qui ne le cèdent en rien, comme conditions de confort, à d'autres d'aspect meilleur, mais où manque soit la bonhomie, l'aménité de caractère indispensable, soit l'alimentation suffisante et les menus soins accessoires. Telle nourricière, dont la chambre a un papier luxueux, des meubles et un lit Empire, une pendule à globe, rendra sa pensionnaire si nous lui prescrivons un lavement ou un vomitif, ou quelques soins supplémentaires passagers susceptibles de salir les meubles.

En revanche, d'autres ménages d'ouvriers, plus rudes et moins bien installés, refusent de laisser rentrer leurs malades à l'infirmerie, même lorsqu'elles deviennent gâteuses, et s'acquittent de leur mieux de tous les soins intimes les plus répugnants que réclame l'état de gâtisme de la pensionnaire.

On ne réussit pas toujours d'emblée à faire coïncider une malade donnée avec le placement familial qui lui convient le mieux ; mais plus l'observation des malades a été complète, plus on a de chances de réussir. Aussi est-ce là un argument en faveur de la section d'observation que j'ai demandée. D'ailleurs, il y a une loi de l'offre et de la demande, et une sorte d'équilibre spontané qui s'établit à la longue ; les gens à affinités communes se recherchent et s'attirent, et j'assiste à des remaniements ultérieurs de mes répartitions par convenance réciproque.

Des malades demandent à permuter, ce que j'autorise sans la moindre difficulté. Je crois, en effet, qu'il y a à cette extrême facilité des mutations un intérêt considérable.

Le changement de nourriciers est une sanction précieuse à l'obtention des conditions nécessaires pour satisfaire les malades. Les nourriciers qui tiennent à garder leur pensionnaire sont obligés de lui donner satisfaction, sinon elle réclame son changement, et nous l'accordons. Cependant, l'expérience m'a montré qu'il ne faut pas l'accorder immédiatement, mais en quelque sorte à terme. Une malade vient à mon bureau se plain-

dre (c'est rarement au cours de la visite à domicile qu'ont lieu ces petites confidences, à cause de la présence des nourriciers, sauf dissentiments aigus); j'écoute longuement et contrôle les différentes conceptions hallucinatoires possibles; puis, si je reconnais que la plainte est étrangère aux interprétations délirantes ordinaires, je fais droit à la demande et annonce le changement pour le 15 ou la fin du mois (autant que possible à une semaine ou deux de distance). Dans les trois quarts des cas, le 14 ou la veille du 1er, la malade revient elle-même réclamer son maintien dans la même maison, soit qu'elle ait reconnu ses propres torts une fois calmée, soit qu'un rapprochement ait eu lieu entre elle et les nourriciers, à la suite de quelque amabilité qui efface et fait oublier le froissement antérieur.

Mais trop souvent les mutations proviennent non pas de difficultés avec les nourriciers, mais d'incompatibilité d'humeur entre les malades elles-mêmes placées ensemble; là, il est rare qu'il puisse y avoir réconciliation, et les prétextes les plus futiles sont matière à des haines extrêmement vives entre aliénées. Il y a là, certainement, un côté très curieux de la psychologie morbide collective. On a déjà remarqué, dans les asiles fermés, la presque impossibilité d'entente entre aliénés, qui empêche les rébellions concertées qui seraient, sans cela, si terribles.

Enfin, une cause fréquente de mutations est aussi la jalousie de certains nourriciers qui cherchent à détourner les pensionnaires de chez leurs voisins pour les attirer à eux. La crédulité de la malade lui fait accepter facilement des racontars sur les antécédents du nourricier, qu'on lui représente comme malhonnête ou malveillant à son égard, d'où querelles et disputes. Quelques tasses de café, un goûter bien présenté achèvent de la convaincre, et elle vient demander à passer « chez un tel, où on est si gentil pour elle et où on la dorlotera. »

Le pire, c'est qu'une fois cette conviction ancrée dans cette pauvre cervelle, je suis obligé souvent de m'exécuter, car la malade s'en fait une idée fixe qui rend la vie impossible chez le premier nourricier, et contre laquelle lutter serait courir des risques de réactions dangereuses de la part de l'aliénée (menaces de suicide, par exemple). Bien entendu, ce ne sont pas les malades malpropres ou difficiles qui sont l'objet de ces sortes de détournements; aussi m'efforçai-je, quand je ne puis l'em-

pêcher, d'opérer la mutation chez un troisième nourricier non coupable de pareilles manœuvres. Ces malveillances de nourricier à nourricier sont causes de dénonciations fréquentes plus ou moins sérieuses, qui viennent compléter nos moyens personnels de contrôle et de surveillance directe, sans toutefois que l'on doive ajouter à ces procédés de potins rustiques, généralement anonymes, une valeur quelconque autre qu'une indication à vérifier avec tact.

J'ai entendu déplorer le nombre croissant des habitants se consacrant aux soins à donner à nos malades.

Se fondant sur le faible prix payé, on estimait que cet engouement décelait un gain réel pour les habitants, et, partant, une exploitation certaine de la situation.

C'est là, au contraire, une concurrence dont nous ne saurions trop nous féliciter, car plus le choix des nourriciers est grand, plus on peut se montrer exigeant sur les conditions à réaliser pour être appelé à recevoir une malade en pension.

Le prix de journée d'ailleurs, si modique relativement aux prix de Paris, est sensiblement le même que dans les asiles de province, où sont assistés les trois quarts des aliénés de France et une bonne partie de ceux de la Seine.

Le raisonnement péremptoire qui pour quelques-uns consiste à dire qu'à ce prix là il est matériellement impossible d'offrir aux malades des conditions de régime acceptables, serait aussi bien applicable aux établissements d'initiative privée centralisés où sont actuellement assistés près de 8,000 malades parisiens.

Il s'y appliquerait avec d'autant plus de raison que la plupart de ces établissements nourrissent un état-major imposant d'employés et font face annuellement à des dépenses complexes, tout en réduisant les frais d'assistance de leurs propres aliénés proportionnellement au gain prélevé sur la pension payée par la Seine.

L'examen du rapport officiel des asiles départementaux hospitalisant par traité des malades parisiens montre aussi qu'un gain notable, tiré des frais d'assistance et du travail de ces malades, permet la réduction des frais réels d'assistance des malades indigènes. Pour les établissements privés recevant les ma-

lades de la Seine, les gains, bien qu'échappant à tout contrôle officiel, n'en éclatent pas moins à tous les yeux.

En famille, il est bien certain que le prix de journée n'est pas entièrement consommé par les malades ; mais ce qui ne représente pas le logement et frais accessoires, ainsi que la peine que se donne la famille tout entière, sa responsabilité et son dérangement, est consommé avec le régime alimentaire commun. La famille vit au jour le jour, c'est vrai, mais elle vit.

Le tableau suivant indique l'état de répartition des malades :

Nourriciers ayant	1 malade............	55
»	2 malades............	93
»	3 malades............	30
»	4 malades............	9
»	5 malades............	3
»	6 malades............	4 [1]

Nous donnons ci-dessous la reproduction d'une affiche qui doit être placardée dans chaque chambre de malade [2].

1. Sur les sept nourriciers ayant plus de quatre malades, quatre ne sont pourvus que de gâteuses, les trois autres ayant des chambres séparées pour presque tous leurs pensionnaires.

2. *Extrait du Règlement général de la Colonie.*

L'autorisation de recevoir des pensionnaires n'est accordée qu'à ceux qui peuvent satisfaire aux conditions essentielles suivantes : de moralité; de soin et de propreté; de nourriture; d'espace, de salubrité et d'aérage des locaux spécialement affectés aux malades.

Il est, en principe, interdit de placer des malades de sexe différent chez le même nourricier.

Les nourriciers ne peuvent recevoir plus de quatre malades sans une autorisation spéciale, et jamais plus de six.

Chaque malade est placé sous la garde spéciale et la surveillance directe du nourricier chez lequel il est mis en pension.

La nourriture des malades doit être saine et abondante, et en général la même que celle de la famille où ils sont placés.

En tout cas, ils recevront au moins, par semaine, trois kilogrammes et demi de pain, un litre de vin, de la viande fraîche quatre jours par semaine pour un poids total d'environ 1 kilogramme, indépendamment des légumes, du lait, du beurre, fromage, etc.

Les chambres servant de logement doivent, en règle générale, avoir un cubage de vingt mètres cubes par personne, être munies de fenêtres, de préférence planchéiées ou tout au moins dallées avec soin.

Les murs et plafonds doivent être blanchis à la chaux au moins deux fois par an.

Les locaux qui paraîtraient insalubres ou peu convenables, et les

J'ai tenu fermement la main à ce que les murs soient repeints ou garnis de papiers propres, les lits munis de descentes de lit et du nombre voulu de couvertures.

Un certain nombre de nourriciers ont des sommiers et quel-

nourriciers qui refuseraient d'exécuter les mesures d'assainissement recommandées, seront signalés à l'Administration et passibles de retenues, pour payer l'exécution d'office des dites mesures.

Les personnes qui logent des pensionnaires doivent mettre à leur disposition les objets suivants : un lit de fer ou de bois d'au moins $0^{m}90$ de largeur, une paillasse, un matelas ou lit de plume, un traversin, un oreiller, deux paires de draps, trois couvertures dont une de laine, une chaise, une descente de lit, un vase de nuit, une cuvette et un meuble pour la vêture.

La paille des paillasses doit être renouvelée trois fois l'an, et le linge changé tous les huit jours pour les malades propres.

Des lieux d'aisances convenables doivent être aménagés. Des alèzes, toiles cirées, bassins, etc., seront prêtés sur bons à l'infirmerie, en cas de besoin.

Les nourriciers doivent veiller à l'entretien et à la conservation des effets de vêture et objets à eux confiés, dont ils sont responsables.

Ils reçoivent, avec la personne qu'ils soignent, le trousseau réglementaire, dont ils délivrent reçu.

Les pièces à changer sont examinées le premier lundi de chaque mois et reçues contre bons signés du directeur ou du régisseur. Les pièces détruites ou perdues accidentellement doivent être déclarées de suite pour être remplacées; il pourra être opéré des retenues de ce chef, en cas de négligence des nourriciers. Une fiche spéciale sera dressée pour aider à établir le procès-verbal de destruction des effets réformés au magasin.

Les nourriciers sont responsables de leurs pensionnaires; en cas de disparition, il doit en être donné sur-le-champ avis à la direction, qui fait opérer les recherches et la réintégration, pour laquelle il est attribué une prime variable selon la distance. Cette prime pourra être supportée par le nourricier si l'évasion provient de sa faute.

Tout nourricier qui enfreint les dispositions du règlement, qui refuse, néglige ou est hors d'état de se conformer aux conditions essentielles qui lui sont imposées, est déclaré inhabile à recevoir des malades, et l'autorisation qui a pu lui être accordée à cet effet lui est retirée.

Les malades ne doivent aucun travail au profit des nourriciers; elles ne sont occupées que si elles le demandent et en échange d'une rétribution qui ne saurait être moindre que le taux de pécule payé par l'Administration.

Toute violence ou tout mauvais traitement exercé envers un malade est puni du retrait immédiat de l'autorisation, sans préjudice, le cas échéant, de poursuites devant les tribunaux. Le retrait de l'autorisation est prononcé par le Directeur, sauf recours à l'Administration centrale.

Des primes et des récompenses, imputées sur la caisse de l'établis-

ques matelas ; mais la suppression des paillasses et lits de plumes ou de balles est une grosse affaire qu'on doit remettre à plus tard.

Beaucoup de malades ont des édredons, et la majorité demande des rideaux de lit, ce qui est conforme à leurs habitudes sociales antérieures, bien que contraire à l'hygiène hospitalière ; mais là nous ne sommes point à l'hôpital, et les chambres empruntent aux rideaux d'indienne un aspect de gaîté qui n'est pas à négliger ; l'hiver nos démentes s'en trouvent, par eux, garanties de l'air froid auquel elles sont particulièrement sensibles, et quand elles partagent leur chambre avec d'autres, cas fréquent, elles sont plus isolées l'une de l'autre pour se vêtir ou se déshabiller matin et soir.

Le meuble pour la vêture est tantôt une grande armoire cirée, tantôt une arche ou un buffet ; une tablette porte la cuvette et le pot à eau et une chaise complète ce modeste mobilier. Les tables de nuit sont rares ; à la campagne, ce n'est guère l'usage ; d'ailleurs, le jour, tous les vases restent aux cabinets. Ces derniers, par exemple, laissent encore fort à désirer en maints endroits, mais beaucoup ont été améliorés, d'autres seront prochainement constitués de toutes pièces.

Au total, la moyenne générale des placements reste satisfaisante, pensons-nous, et la Commission de surveillance, lors de sa récente visite, a pu le constater.

sement, sont accordées aux nourriciers qui se distinguent par leur humanité et les soins qu'ils donnent à leurs pensionnaires.

Il est interdit aux nourriciers, comme au personnel, de recevoir directement des rémunérations ou présents des malades ou de leurs familles.

Les envois d'effets ou d'argent aux pensionnaires doivent être faits par l'intermédiaire de l'Administration, ou déclarés de suite par les nourriciers si les familles omettent de se servir de cet intermédiaire.

Aucun moyen de coercition ni de contrainte matérielle ne doit être employé vis-à-vis des malades confiés aux habitants. Les malades à isoler ne peuvent l'être qu'à l'infirmerie, et les nourriciers ne doivent pas enfermer les pensionnaires dans leurs chambres. Les malades doivent pouvoir, à tout moment, venir réclamer au siège central.

Les visites de surveillance à domicile sont faites au moins une fois par quinzaine, et chaque jour sur toute réquisition, soit des nourriciers, soit des malades dont l'état nécessiterait des soins fréquents, à défaut de retrait à l'infirmerie.

Je crois qu'elle ne le cède en rien aux placements belges; au contraire, elle est certainement supérieure à la moyenne des situations matérielles que possédait la plupart de nos malades, alors qu'elles étaient encore dans la société. Aussi, le placement à Dun ne leur fait-il pas regretter l'asile; mais Paris exerce forcément toujours son invincible attraction, et nous devons consoler chaque jour mainte nostalgique désolée de ne pouvoir faire son tour des grands boulevards.

Il est certainement étonnant qu'avec les facilités qui s'offrent et la tentation violente qu'elles doivent en avoir, nos malades ne s'échappent pas plus souvent pour regagner Paris. Cependant, nous continuons à ne pas compter d'évasions véritables, car je ne compte pas pour telles les démentes égarées ni celles dont l'automatisme ambulatoire engendre des fugues inconscientes, les menant au hasard, droit devant elles : celles-là nous sont constamment ramenées par les facteurs.

Mais d'autres malades, autorisées par moi à sortir provisoirement en congé dans leur famille, n'en sont point revenues. Je me suis borné alors à transformer le congé en sortie définitive, en me couvrant par une lettre de la famille retirant sa parente. Cependant, le nombre des malades ainsi reprises est plutôt minime, et le plus souvent, au bout de peu de jours, les parents qui étaient venus chercher la malade la ramènent non sans un soulagement visible.

Un malade réclamé par sa femme et porté sortant s'est littéralement évadé de chez lui pour revenir à Dun chez ses anciens nourriciers, et j'ai dû annuler sa sortie pour le maintenir là où il est encore.

Une femme réclamée par ses enfants a rechuté en peu de jours et a fait un accès de mélancolie grave avec sitiophobie, à la suite de discussions avec sa bru.

Une autre malade avait fait un délire associé, communiqué à sa fille; son gendre a dû s'opposer à tout congé et à toute correspondance pour éviter une rechute de sa femme; seul, il vient voir sa belle-mère.

Enfin, la sœur d'une de nos malades est venue s'installer à Dun pour prendre sa malade avec elle et toucher la pension, qu'elles partagent, sans cependant que j'aie remarqué que la malade en souffre, au contraire.

On le voit, la question du placement familial direct, c'est-à-dire dans leur propre famille, est une question fort complexe et difficile à résoudre, du moins à Paris, dans les milieux ouvriers, pour les aliénés et vieillards déments.

A un autre point de vue, outre que le changement de milieu moral ne serait pas réalisé, le milieu social, qui implique généralement les causes de la psychose (entraînements aux excès, surmenage, etc.), continuerait à réagir, et les mêmes causes produisant les mêmes effets, les accidents délirants ne pourraient que persister et s'accentuer.

A la campagne, le milieu est vraiment reposant et l'avantage sur l'asile, même aux portes ouvertes, est que la surveillance est plus assurée, le nombre des gens normaux l'emportant toujours sur celui des malades.

N'a-t-on pas soutenu que l'aliénation mentale était une question de majorité et qu'une moyenne collective tendait à s'établir, dans le sens de l'aberration psychique, si les aliénés étaient en majorité, dans le sens de la logique pour ces derniers lorsqu'ils sont le moindre nombre?

On expliquerait ainsi la prétendue contagion de folie au personnel des asiles fermés et, au contraire, une sorte de vaccination psychopathique des milieux sociaux où la folie est laissée disséminée.

On connaît l'argument contre l'hypothèse de la contagion de la folie par les placements familiaux; les pays comme Gheel, où 1,800 aliénés restent en contact avec la population, fournissent une moindre proportion d'aliénés autochtones que les autres.

A Dun, depuis que nous y sommes, le nombre des aliénés indigènes n'a pas augmenté, que je sache, bien que plus d'une fois on m'ait amené des aliénés caractérisés, considérés par suite comme évadés de la colonie, alors qu'ils ne relevaient nullement de l'administration de la Seine.

Pour terminer ce qui a trait à nos malades, je signalerai la première mort accidentelle que nous ayons eue à enregistrer depuis le début.

C'est celle d'une alcoolique invétérée qui a pu, grâce à la complaisance de personnes étrangères, se procurer de l'alcool, bien que maintenue à l'infirmerie. C'est étant ivre qu'elle est

tombée dans un fossé d'où elle n'a pu être retirée qu'asphyxiée. La section d'infirmerie formée, demandée pour l'observation des arrivantes, servira désormais pour l'isolement de telles malades, au cours de leurs accès de dypsomanie éventuels.

Une autre malade a failli avoir un accident analogue, troublée qu'elle était par la visite intempestive de son fils, retour des bataillons d'Afrique, qui s'obstinait à la bouleverser, en l'excitant contre son père duquel il comptait aussi extorquer des envois de fonds.

La poursuite du développement des placements au dehors et de leur amélioration n'a pas empêché de continuer les installations complémentaires au siège central : un amphithéâtre d'autopsies a été amenagé près la salle des morts et vingt examens nécroscopiques ont pu être faits; un laboratoire photographique et une chambre de désinfection vont y être annexés. Une salle de réunion et de lecture pour les malades est en voie d'aménagement ; elle permettra, en outre, de réunir les nourriciers pour des conférences à leur faire en vue de compléter leur éducation spéciale.

Les bains ont été complètement installés et nous y avons six baignoires pouvant donner trente bains par jour en hiver et soixante en été. Deux jours par semaine suffisent actuellement au service des bains, et l'installation présente, avec peu de modifications, suffira pour longtemps encore au service, malgré le développement ultérieur de la colonie.

Les catégories de malades étant désormais au choix des chefs de service qui les évacuent, nous en arrivons à recevoir un nombre plus grand de gâteuses et d'impotentes plus affaiblies qu'au début. Mais je considère qu'il faut continuer à laisser les médecins des services encombrés entièrement libres de désigner les malades qu'il leur convient de nous envoyer.

Toutefois, notre mortalité s'en ressent et nous arrivons à une proportion de décès du dixième environ des entrées ; plusieurs de ces décès ont eu lieu dans les quelques jours qui ont suivi l'arrivée des malades.

D'autre part, un assez grand nombre de malades arrivent gâteuses, et avec celles qui le sont devenues à Dun même, constituent le dixième environ du nombre des présentes (42).

Pour ces dernières, nous avons quelques nourriciers coura-

geux, disposant de grandes salles où ils mettent quatre à cinq lits que je fais transformer en lits à trois pièces et que l'on garnit d'entonnoirs, alèzes et toiles cirées. Je recommande, en outre, la chaise percée à heures fixes et les présentations isochrones du bassin la nuit, conformément à la méthode d'Archambault.

Comme c'est l'intérêt des nourriciers d'avoir moins de linge à laver, ils s'y astreignent et obtiennent parfois l'amélioration du gâtisme.

Chaque matin, une escouade d'auxiliaires fait la tournée de ces placements pour nettoyer à l'éponge, peigner et mettre sur pied ces pauvres invalides : les lits sont en même temps renfloués, les pièces aérées et séchées, les pailles changées; le genièvre, l'essence de myrbane et le papier d'Arménie assainissent l'atmosphère; j'ai obtenu un résultat satisfaisant de l'appareil à lanterne dit ozonateur, ainsi que des fumivores et pulvérisateurs.

Le sirop de térébenthine à l'intérieur, préconisé par Emminghaus pour les demi-gâteuses urinant au lit, est aussi un moyen pratique de désinfection que je fais appliquer volontiers.

J'avais essayé, au début, de donner un prix de journée différent aux nourriciers pourvus de gâteuses, quitte à exiger d'eux les soins supplémentaires spéciaux; mais en raison de leur inexpérience et de leur gaucherie, j'ai dû, dans l'intérêt des malades, pourvoir au nécessaire. J'y arrive en utilisant, comme auxiliaires au pécule, des malades valides qui viennent sur bons spéciaux seconder les nourriciers que je désigne.

Ces mêmes malades se trouvent formées d'avance par l'asile où elles remplissaient déjà le même office.

De la sorte, le supplément de prix est affecté par nous à l'accomplissement réel de la tâche, et le prix payé aux nourriciers reste désormais uniforme.

Les nourricières n'en restent pas pour cela spectatrices, mais elles sont aidées, encouragées et éduquées.

Pour quelques cas d'escharres sacrées, je me suis bien trouvé des pulvérisations d'essence d'eucalyptol ; je fais aussi appliquer souvent, par les assistants, les injections hypodermiques du sérum artificiel aux séniles cachectiques arrivées à cette période de déchéance particulière où la nutrition générale est en quelque

sorte suspendue, l'alimentation impossible et l'agonie imminente, sans qu'une lésion viscérale bien déterminée puisse être incriminée; c'est alors l'arrêt général des fonctions dû à la vieillesse et la mort naturelle sans cause particulièrement définie.

Le sérum artificiel, injecté par la peau à la seringue de Roux, prolonge parfois assez longtemps la possibilité de la circulation et des échanges nutritifs ultimes indispensables pour permettre à une famille d'arriver et de revoir une dernière fois sa vieille parente.

Au contraire, dans les cas inverses d'excitation, où il faut agir vite et supprimer de suite toute cause de désordre dans une famille chez laquelle une pensionnaire vient à s'agiter, nous appliquons les piqûres d'hyoscine dont l'effet est presque immédiat. La dose d'un demi-milligramme produit chez nos séniles un sommeil profond après lequel, le plus souvent, le calme persiste.

C'est encore par la voie hypodermique que la caféine, chaque hiver, nous aide à lutter contre l'aseptolie. Nous avons essayé d'améliorer, par l'extrait thyroïdien, une vieille myxœdémateuse qui s'est trouvée parmi nos séniles.

La dyspnée seule, bien entendue, pouvait être l'objet pratique de notre essai thérapeutique; elle a paru s'être peu modifiée à la suite du traitement par les tablettes. Peut-être serait-on plus heureux avec l'ingestion de glande fraîche? Ce sera un essai à faire avant l'hiver, si nous voulons éviter la broncho-pneumonie finale.

Bien que réduite souvent à la thérapeutique des symptômes, notre intervention médicale n'en rencontre pas moins un champ d'action intéressant.

Cependant, le traitement moral a pu être appliqué aussi à quelques mélancolies séniles, et avec la surveillance individuelle des nourriciers nous avons pu éviter ainsi plus d'un suicide.

Enfin, si l'activité scientifique du personnel a été modérée, celle des malades s'est manifestée brillamment, si l'on en juge par les résultats inattendus obtenus par deux de nos pensionnaires. L'un de nos hommes a obtenu un diplôme scientifique et une femme a reçu une distinction littéraire sous forme de médaille d'honneur dans un concours poétique!

Je terminerai cet exposé de la situation de la colonie par

l'examen de la question générale des chroniques à évacuer des asiles où reste encore un stock considérable de malades susceptibles d'être rendus à des conditions d'existence plus appropriées à leur état, par l'extension de la colonisation familiale.

Les asiles d'aliénés en général, et surtout ceux du département de la Seine, sont encombrés d'une façon indiscutable. Cet encombrement est-il le fait d'une augmentation progressive du nombre des aliénés? Peut-être, dans une certaine mesure, car l'alcoolisme et le surmenage intellectuel font de grands ravages dans la population parisienne; mais il est dû surtout à un mode d'assistance plus large qu'autrefois.

D'un côté, les idiots et les imbéciles jeunes qui, il y a quelques années à peine, erraient dans les villages, en butte aux risées et aux insultes des gamins, réduits à la misère et à la mendicité, sont aujourd'hui internés, et ils trouvent dans les asiles un confortable à eux inconnu et quelquefois une éducation spéciale qui leur permet d'être utilisés.

D'autre part, et c'est là surtout le point qui nous intéresse, les déments, les séniles sont de plus en plus nombreux dans les asiles. Les statistiques de M. Garnier à l'Infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture, de M. Magnan au bureau de l'admission de l'asile Sainte-Anne, montrent d'une façon péremptoire l'accroissement progressif des déments internés. Cette progression est, sans nul doute, due aux nouvelles nécessités sociales; dans les milieux industriels, surtout à Paris, tous les membres d'une famille sont obligés de travailler pour vivre; il ne leur est plus possible de surveiller et d'assister leurs parents tombés en enfance, devenus déments séniles. Ces derniers, abandonnés à leurs propres ressources, tombent dans la misère et, le plus souvent, deviennent des mélancoliques séniles avec idées de suicide, maladie qui leur ouvre les portes de l'asile.

Mais quelles que soient les causes de cet encombrement, il est dûment constaté, et nous allons voir en quelques lignes quels sont les remèdes possibles à cet état de choses.

Devons-nous demander la restriction de ce mode d'assistance, demander à ce que les placements dans les asiles soient rendus plus difficiles? Le résultat immédiat d'une pareille mesure serait d'abord une rapide augmentation du nombre des suicides

chez les vieillards; de plus, il ne faut pas oublier que l'article 25 de la loi de 1838 prévoit l'internement des déments inoffensifs.

D'autre part, l'asile, encombré tel qu'il l'est, ne répond plus à son but primitif, qui est de guérir les aliénés curables. Perdu dans la foule des incurables, l'aliéné entrant « n'est bientôt qu'un incurable de plus. » (Roger, du Loiret.) La question de savoir quel est approximativement le nombre de malades pouvant être traités avec fruit par un médecin est à l'ordre du jour; il semble reconnu que ce nombre ne doit pas dépasser 150. (Esquirol.)

Pour arriver à ce résultat, la division des aliénés en curables et en incurables s'impose. Après une période d'observation, le malade serait conservé à l'hôpital des maladies mentales ou envoyé à l'asile des chroniques, et, jusqu'à présent, la colonie familiale est la seule institution qui se charge de l'assistance des chroniques.

C'est donc dans l'assistance familiale des aliénés déments et chroniques que nous voyons le remède à l'encombrement des asiles, et c'est par l'extension progressive de ce système qu'il sera évité.

Est-ce à dire cependant que l'envoi à l'Asile des chroniques soit un certificat d'incurabilité? Certes non. Sans vouloir préjuger de ce que pourront devenir certaines catégories spéciales de chroniques travailleurs hommes dans les fermes-asiles, tels qu'en réclame M. le Dr Febvre dans son rapport, notre expérience, déjà vieille de cinq ans, nous permet d'affirmer que le système familial procure à nos malades non seulement plus de bien-être matériel, plus de liberté individuelle que les asiles aux portes fermées avec leur discipline et leurs règlements, mais qu'il a pu agir sur l'état mental d'un certain nombre et provoquer chez elles une amélioration.

Les mélancolies séniles, *a miseria*, sont des plus fréquentes. Certainement, les asiles arrivent à les guérir en supprimant la misère et les privations. Mais n'avons-nous pas vu fréquemment dans les asiles les idées mélancoliques des séniles se modifier, non pour disparaître complètement, mais pour prendre une orientation nouvelle, orientation donnée par la séquestration, l'isolement, le nouveau genre de vie imposés au malade?

Avec l'assistance familiale, rien de semblable n'est à craindre; là aussi, la cause première, la misère, est supprimée, et la malade, se retrouvant dans un milieu qui a été le sien, se remet peu à peu, voit ses idées de ruine et de suicide disparaître, et récupère petit à petit sa vigueur intellectuelle. Ce système a de très bons effets dans les démences que les Anglais ont désigné sous le nom de *asylum dementia*.

Le temps n'est plus où toute affection mentale, quelle que soit sa nature, était passible de l'internement pur et simple. Dans la confusion mentale par exemple, l'internement est absolument déconseillé; le brusque changement de milieu, d'habitudes, vont ajouter encore à la désorientation de l'esprit, loin de la calmer et de la guérir (Séglas et Chaslin). Bien des cas de démence, ou plutôt de pseudo-démence, sont dans le même cas et seraient susceptibles d'amélioration par le placement dans une colonie familiale plutôt que par l'internement.

Mais en faisant même abstraction de ces résultats thérapeutiques obtenus, sur lesquels j'ai déjà eu l'occasion d'insister, on voit quel service peut rendre le système colonial en se chargeant des chroniques : il désencombre les asiles et ne laisse au médecin d'asile qu'un nombre plus petit de malades, sur lesquels son action morale et thérapeutique pourra mieux s'exercer; il permettra d'interner les malades d'une façon précoce, c'est-à-dire à la période vraiment curable de leur maladie; enfin, par ces deux résultats, la marche des guérisons de nos malades ne pourra qu'augmenter.

En terminant, je tiens à dire qu'il n'entre pas dans ma pensée d'opposer systématiquement le mode d'assistance pratiqué dans la colonie de Dun-sur-Auron à tel ou tel autre, encore moins de prétendre qu'ailleurs il ne se fasse rien de bien; je me garderai bien aussi de jeter intempestivement le blâme sur ce qui peut se passer ici ou là. Je regrette beaucoup de voir qu'on use, comme on le fait, de procédés de discussion dont la conséquence la plus claire est d'établir un antagonisme déplorable entre gens qui, en réalité, ont un but commun, celui d'améliorer la condition et le traitement des aliénés. Gardons-nous de personnalités offensantes, évitons de nous prendre à partie les uns les autres, conservons à nos maîtres l'estime que nous leur devons, et que je me flatte de conserver sincèrement et franche-

ment à ceux qui ont été les miens : à MM. Vallon et Bouchereau, dont j'ai été l'interne, à notre regretté confrère Frièse et à M. Brunet, dont j'ai été le médecin adjoint. Les rapports que j'ai publiés sur mes voyages à l'étranger, sur les applications de l'open-door en Ecosse, et sur la forte proportion des médecins dans les asiles de traitement en dehors de notre pays n'ont pas eu d'autre but que d'exposer ce que j'avais vu et les résultats des études que j'avais été chargé de faire. Ils n'ont jamais tendu à amoindrir en quoi que ce soit la situation médicale ou administrative d'aucun de mes confrères, et je n'en ai fait une arme contre personne. J'en dirai autant de mes efforts pour créer et pour organiser la colonie de Dun, mode d'assistance que je crois appelé à rendre de bons services. Je désire vivement que nous évitions entre nous, membres d'une même branche de la famille médicale, les dissentiments acerbes. Au lieu de nous diviser, soyons unis ; sachons mettre à profit les moyens de nous rencontrer que nous donnent nos Congrès périodiques, réunions éminemment confraternelles; celles-ci nous permettront sans doute, si nous nous y donnons sans parti pris, de réussir dans la recherche de l'orientation la meilleure à donner à ces questions de l'assistance et du traitement des aliénés, qui nous tiennent à cœur, et dont nous avons fait l'objet principal de nos études et de nos soins.

M. le Président : « Nous remercions M. Marie de son intéressante communication, qui apporte de la clarté dans une question qui divise aujourd'hui le monde des aliénistes. Donc, d'après notre collègue, la colonie familiale, le traitement familial, tous ces systèmes qu'on comprend sous le terme générique d'*open-door*, sont des moyens d'*assistance* pour les aliénés chroniques non dangereux ; quant à l'asile proprement dit, il reste toujours le véritable procédé de traitement pour les aliénés curables et l'indispensable moyen de séquestration pour les aliénés dangereux. L'isolement, tel que nous l'ont enseigné Esquirol et nos maîtres, avec, bien entendu, les tempéraments qu'y ont apportés le temps et l'expérience, doit être toujours considéré comme la méthode thérapeutique de la folie, la plus utile, la plus nécessaire, la plus efficace. Et la célèbre maxime du maître ne cesse pas d'être vraie : « Une maison d'aliénés est

un instrument de guérison; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales.

Ainsi entendues, les idées exposées par M. Marie ne trouveront sans doute pas d'opposition parmi nos collègues.

M. Charpentier : « Ce que je voulais dire n'est que la paraphrase de ce que vient de dire M. Ritti.

Pour les aliénés inoffensifs non dangereux, et qui n'ont besoin que d'être assistés parce qu'ils sont sans ressources, incapables de travailler suffisamment pour vivre, les colonies d'aliénés à l'exemple de Dun peuvent suffire et je ne vois pas l'utilité de création d'*open-door*.

Si, au contraire, il s'agit d'aliénés dangereux ou capables de le devenir, l'open-door doit être évité. car c'est en raison de la notion du danger possible qu'ils sont séquestrés. A ceux qui par moments ne sont pas dangereux, les sorties par permissions qui sont actuellement tolérées peuvent suffire complètement au point de vue de la liberté relative.

M. Doutrebente a la parole pour répliquer aux diverses objections faites à son rapport. Il dit :

« Je ne puis que me féliciter du concours empressé qui m'a été apporté ici par mes collègues du Congrès, médecins en chef, médecins-directeurs des asiles publics et des maisons de santé privées. A part, en effet, quelques critiques de détail sur lesquelles je reviendrai, les propositions que j'ai eu l'honneur de soumettre au Congrès ont été approuvées dans leurs grandes lignes. Il paraît démontré que les asiles publics d'aliénés sont en nombre insuffisant et que dans chaque département ayant une population inférieure à 500,000 habitants il devrait toujours y en avoir au moins un, ce qui exigerait, pour arriver à ce résultat, la construction immédiate de dix-neuf asiles pouvant contenir de deux cents à cinq cents malades au maximum; chaque asile aurait à traiter uniquement les malades de son département.

L'asile ainsi compris serait bisexué avec de nombreux quartiers de classement, y compris un quartier de surveillance con-

tinue et, comme annexe ou complément, une colonie agricole à la périphérie en contact avec l'asile proprement dit.

M. Brunet m'ayant fait observer que dans l'espèce il valait mieux dire exploitation agricole, le mot de colonie agricole devant être réservé pour les cas où la colonie était située loin de l'asile, j'accepte volontiers sa manière de voir.

Les asiles d'aliénés de la Seine sont encombrés et déversent continuellement dans les asiles de province leur trop plein, continuant ainsi à entretenir, dans un grand nombre d'asiles de province, l'encombrement qui, de l'avis général, met obstacle au bon fonctionnement de l'établissement.

M. Le Filliâtre propose, pour remédier à l'encombrement des asiles, non pas de dédoubler les services, mais de les constituer avec un médecin pour cent malades ; ce système permettrait à coup sûr à chaque médecin de pouvoir examiner, étudier et traiter facilement tous les malades aigus ou chroniques, en consacrant à chacun d'eux une plus grande partie de son temps. Mais l'encombrement n'en subsisterait pas moins dans les asiles du département de la Seine où, comme le demande depuis si longtemps notre collègue M. Bourneville, il serait nécessaire, indispensable de construire de nouveaux asiles d'aliénés. Quand je demande avec M. Bourneville la construction de ces nouveaux asiles, il est bien entendu, il l'a déclaré au Congrès de Blois, qu'il ne s'agit point de construire ces asiles spéciaux réclamés par M. Marandon de Montyel pour les huit catégories de malades qui, suivant lui, devraient être hospitalisés de huit façons différentes.

Le nombre des asiles publics d'aliénés utiles à construire dans le département de la Seine serait déjà assez considérable sans qu'il soit nécessaire de réclamer davantage, en l'état actuel de nos connaissances en médecine mentale.

Nous avions proposé la construction d'asiles bisexués de cinq cents malades dans un rayon de 15 à 20 kilomètres de Paris; mais M. Briand ayant fait observer que les malades de la Seine étant fréquemment visités par leurs parents, il y avait lieu de construire les asiles à une distance moins éloignée de Paris, je me rallie à sa manière de voir avec d'autant plus de plaisir que, à part ce léger dissentiment, il a bien voulu, sur tout autre sujet, m'accorder pleine et entière approbation.

Il ne suffit pas de combattre l'encombrement des asiles d'aliénés par la construction de nouveaux asiles et l'augmentation du nombre des médecins, mais il convient encore de prendre des mesures pour démontrer la nécessité de l'internement rapide des nouveaux malades et en faciliter la réalisation.

Il existe encore d'autres moyens, tels que le placement familial indirect réalisé à Dun-sur-Auron, et l'assistance familiale directe avec secours en argent. C'est à ce dernier mode d'assistance que les membres du Congrès ont paru se rallier; c'est ce que M. Bourneville avait demandé au Congrès de Blois et que je réclame encore avec lui, dans la mesure du possible, pour les chroniques et les inoffensifs.

A l'étranger, en Ecosse notamment, l'open-door aurait donné des résultats merveilleux; je n'y veux point contredire et je m'étonne que M. Marie, après M. Le Filliâtre, vienne dire que j'ai confondu le système de l'open-door avec celui de Gheel.

En se reportant à la page 299 de mon rapport, M. Marie aurait pu lire que, grâce à lui, nous savions déjà ce qu'était l'open-door, et je puis lui affirmer, après une visite récente faite à Gheel, que je n'y ai point trouvé appliquées les mesures successives d'élimination des chroniques et des incurables de l'asile fermé dans un hospice-asile avec placement familial ultérieur.

J'ai visité Gheel il y a deux mois, et grâce à l'amabilité du docteur Peeters, directeur-médecin en chef de la colonie de Gheel, j'ai pu me rendre compte du mode d'assistance des aliénés qui y est pratiqué.

On place directement à Gheel les aliénés non dangereux pour la morale publique, pour eux-mêmes ou pour autrui, les chroniques, les déments, les faibles d'esprit, les épileptiques, et comme, paraît-il, le non-restreint y est mis en pratique par les nourriciers, à l'exception du gant de cuir et du fauteuil de force, on reconduit à l'infirmerie centrale, qui est en réalité un asile très fermé, tous les aliénés violents, agressifs, intraitables et parfois dangereux, dont le séjour chez le nourricier ne peut se prolonger, en attendant leur transfert dans un autre asile.

Dans le petit asile fermé, dit Infirmerie centrale, il n'est pas toujours possible d'éviter *la coercition;* on y pratique parfois le

restreint, *et la ceinture de force* y est employée pour les aliénés destructeurs. Ces derniers renseignements sont consignés dans une brochure qui m'a été remise par le docteur Peeters sur la situation actuelle de la colonie familiale de Gheel, et quand j'entendais dire tout à l'heure à M. Le Filliâtre que le restreint était encore appliqué à la Salpêtrière, alors qu'à l'étranger le non-restreint était depuis longtemps aboli, je ne pouvais m'empêcher de songer à ce qui se fait à Gheel et à ce que j'y ai vu, il y a deux mois à peine : on y pratique encore, pendant le jour, l'isolement en cellule, *comme mesure disciplinaire*, pour les aliénés ayant fait une tentative d'évasion ou des excès de boisson.

A Gheel, avec des malades triés sur le volet, parmi les plus calmes et les plus inoffensifs, le restreint existe donc à l'heure actuelle; je m'en suis assuré par moi-même, et, d'ailleurs, on ne s'en cache pas, on le dit et on l'écrit. Il n'est donc pas étonnant, quoi qu'en puisse penser M. Le Filliâtre, qu'il en soit de même à la Salpêtrière où les médecins n'ont pas le choix des malades à traiter; le restreint y est encore usité ainsi que dans la majorité des asiles d'aliénés français et étrangers, quand il n'est pas possible de faire autrement.

J'ose avouer que je conserve la pratique du restreint, en de pareilles conditions, pour les aliénés à tendances homicides continues ou intermittentes, et pour les malades cherchant à se suicider par tous les moyens possibles.

Tout comme à M. Le Filliâtre, le restreint me répugne, mais encore une fois, dans certains cas, il faut bien y recourir; c'est dire que le non-restreint complet, absolu, est une vue humanitaire, mais théorique de l'esprit, impossible à réaliser dans la pratique.

Avant de visiter Gheel, j'avais visité très en détail l'asile de Mortsel, je l'ai même visité deux fois, une première fois avec le directeur, et une seconde fois avec le docteur Clauss.

Mortsel, situé aux portes d'Anvers, est desservi par la ligne de chemin de fer qui me conduisit à Gheel. C'est un asile tout flambant neuf, qui fonctionne avant même qu'il soit complètement édifié; c'est un asile fermé, très fermé même, où le restreint est fatalement en usage, et où, comme ailleurs, on voit des murs de clôture intérieurs, extérieurs, et des galeries cou-

vertes! Mais à Mortsel, où il y a beaucoup de bonnes choses à voir, on reçoit les malades qui ne peuvent être envoyés à Gheel ou ceux qui n'ont pu y séjourner; c'est un asile hospitalisant des aliénés homicideurs, suicideurs, dangereux pour la morale publique, et beaucoup d'épileptiques dont plusieurs sont renvoyés de Gheel.

Remarquant à Mortsel des murs de clôture dont la hauteur me paraissait déjà considérable (4 mètres), j'en manifestai mon étonnement au directeur, qui me communiqua, sans hésitation, son intention de les surélever d'un mètre pour éviter les tentatives fréquentes d'évasion qu'il avait à éviter. Nous sommes loin, comme vous le voyez, des asiles à liberté illimitée, aux portes ouvertes et aux murs extérieurs invisibles; j'ajoute toutefois que, si le restreint est appliqué à Mortsel, c'est là, comme ailleurs, en cas de besoin seulement et faute de mieux.

Si j'ai proposé, dans l'organisation du service médical et administratif, de confier la direction à un directeur-médecin assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints, d'un ou plusieurs internes, je demandais aussi de lui donner un secrétaire, chef de bureau de la direction, ayant au moins dans l'asile, à égalité, la situation hiérarchique et les appointements du receveur et de l'économe, espérant ainsi concilier toutes les opinions émises et permettre au directeur de se reposer sur son secrétaire des menus détails d'ordre administratif, qui absorberaient la majeure partie de son temps.

Avec un bon secrétaire, en effet, rompu aux différents services de l'économat et de la recette, comme l'a proposé M. S. Garnier, le directeur-médecin peut facilement répondre à toutes les exigences du service médical ; mais j'estime que si cela est suffisant dans un asile non encombré, à population normale maximum de cinq cents malades, il peut en être autrement dans les très grands asiles, dont je ne suis pas partisan, pas plus d'ailleurs qu'aucun de mes collègues.

J'ai proposé de placer la direction médicale et administrative entre les mains d'un seul, parce que, de l'enquête à laquelle je me suis livré, tant en France qu'à l'étranger, du dépouillement des nombreuses fiches bibliographiques que j'avais prises en parcourant les travaux de nos prédécesseurs, il est résulté pour moi cette conviction : que le directeur-médecin était réclamé à

l'unanimité, à l'exception, bien entendu, de MM. Chambard et surtout Marandon de Montyel, et je suis heureux de constater, qu'en leur absence regrettable de ce Congrès, personne n'a fait d'opposition à cette mesure.

Notre excellent collègue M. Charpentier a bien fait quelques réserves en disant qu'un bon médecin aliéniste pouvait bien ne pas être un administrateur. Cela est possible, je l'accorde; mais je me permets cependant d'insister en lui faisant remarquer qu'une semblable exception ne peut infirmer la règle, et qu'il n'y a pas d'ailleurs, en matière administrative, des choses si difficiles à apprendre pour un médecin, qui en a vu bien d'autres.

La preuve n'est-elle pas faite tous les jours, sur un autre terrain, dans l'administration et dans les corps élus, où l'on a pu voir et où l'on voit des médecins conseillers municipaux, maires, conseillers généraux, députés et sénateurs!

Ce qui serait possible pour d'autres médecins, l'administration d'une commune ou d'un établissement de bienfaisance, serait donc impossible aux seuls médecins aliénistes!

Mais à côté du directeur-médecin on doit placer un ou plusieurs adjoints, suivant l'importance de l'établissement et les nécessités du service, et cela, conformément au règlement qui nous régit actuellement et dont personne ici, d'ailleurs, n'a demandé le remaniement de fond en comble.

Nous savons bien que, depuis 1891, M. Marandon de Montyel poursuit de ses sarcasmes le médecin adjoint tel qu'il existe aujourd'hui et que, tout dernièrement, il le tournait encore en ridicule dans un feuilleton de la *Tribune médicale* (n° du 5 mai 1897), qui m'est parvenu depuis le dépôt de mon rapport entre les mains de notre cher secrétaire général; mais ce sont là jeux d'esprit, élégants badinages, dont notre collègue est coutumier.

M. Le Filliâtre entre aujourd'hui dans la lice et réclame, lui aussi, non seulement le dédoublement des grands services, mais leur morcellement, puisqu'il lui faut un médecin pour cent malades, soit, pour Sainte-Anne, dix médecins; Vaucluse, dix; Villejuif, quinze; Ville-Evrard, quatorze; Bicêtre, douze, et la Salpêtrière, sept; en tout, pour les asiles de la Seine, soixante-huit médecins.

M. Le Filliâtre s'appuie sur l'opinion de Griesinger, qui était partisan d'un service de cent malades ; mais il nous a présenté l'opinion de Griesinger deuxième manière, de Griesinger arrivé professeur de psychiatrie et de neuro-pathologie à la clinique de la Charité de Berlin, de Griesinger faisant en même temps la clientèle et la consultation. La situation de Griesinger ne peut être assimilée à celle de nos médecins aliénistes, logés dans les asiles, vivant au milieu de leurs malades, les seuls auxquels ils doivent donner leurs soins.

Les asiles de la Seine, comme je l'ai dit dans mon rapport, en utilisant les renseignements fournis par MM. Vallon, Marandon de Montyel et notre regretté collègue Rouillard, contiendraient et contiennent, paraît-il, une population bizarre, des malades spéciaux, des malades qui ne le seraient pas, des détraqués, des irréguliers, des déséquilibrés, etc., etc., tout enfin, hormis des aliénés.

C'est là évidemment une exagération dont je ne veux point abuser, me contentant d'estimer le chiffre des non aliénés à cinquante pour cent. En rendant immédiatement ces pseudo-aliénés à la liberté, la proposition de M. Le Filliâtre commencerait peut-être à devenir réalisable avec trente-quatre aliénistes, médecins traitants.

« L'asile d'aliénés est un instrument de guérison à l'étran-
« ger et une prison en France..... Après avoir été les premiers,
« nous sommes aujourd'hui les derniers dans le traitement des
« maladies mentales. L'édifice craque de toutes parts. Les mé-
« decins adjoints ne font rien en province.....

« Il faut créer deux sortes de médecins aliénistes, une pour
« la Seine, une pour la province.....

« Les médecins d'asile doivent être des médecins responsables
» de leurs malades »....., ai-je entendu dire à M. Le Filliâtre.

Je ne puis entreprendre, après une simple audition de la lecture qui vient d'être faite par M. Le Filliâtre, de répondre à toutes les questions qu'il vient de traiter, mais il me semble que son argumentation repose sur des affirmations non contrôlées par des documents précis et probants.

M. Le Filliâtre paraît connaître les asiles de la Seine, mais rien ne prouve qu'il ait visité les asiles d'aliénés à l'étranger et, en France, ceux de la province. Quand il traite avec autant de

sévérité les asiles d'aliénés français, en les assimilant à une prison, je me demande vraiment s'il n'en parle pas comme en pourrait parler, non pas un médecin, mais le premier venu. S'il veut seulement parler des asiles de la Seine, qu'il connaît aujourd'hui mieux que nous (ils n'étaient pas ainsi jadis), nous n'avons qu'à nous incliner; mais s'il entend parler des asiles de province, nous protestons hautement et avec d'autant plus d'indignation, que nous avons en province à recueillir et à soigner un grand nombre de malades de la Seine, choisis parmi tous les gêneurs, les intraitables et les gâteux, dont on se débarrasse volontiers en notre faveur,

Si les malades de la Seine ne sont pas bien soignés en province, ce qui n'est pas démontré, qu'on les garde à Paris ou dans la banlieue; que l'on construise pour cela les asiles d'aliénés nécessaires, sans quoi nous serions presque en droit de conseiller à nos collègues de refuser d'en recevoir au prix actuel, c'est-à-dire à un prix très inférieur au prix de journée des asiles de la Seine,

Les médecins adjoints ne font rien en province... Qu'en sait M. Le Filliâtre et à quel titre vient-il en parler?

Nous ne savons pas si tous les médecins adjoints de la province travaillent, mais nous pouvons dire que ceux que nous connaissons travaillent et que, quelques-uns d'entre eux, témoin notre dévoné secrétaire des séances, le docteur Anglade, travaillent avec patience et acharnement; je m'en suis assuré par moi-même, en visitant avec lui, il y a quelques jours, l'asile de Braqueville et notamment le laboratoire, où il se livre à des travaux sur les lésions microscopiques des centres nerveux chez les aliénés.

Quant à instituer pour le service des aliénés deux ordres de médecins, l'un pour Paris, l'autre pour la province, je n'en vois ni l'urgence ni l'utilité; je me demande même si, dans l'espèce, il ne serait point préférable de prêcher l'union intime, la fusion complète entre ces médecins dont l'origine et le mode de recrutement seraient identiques par l'organisation d'un concours unique pour toute la France.

Les médecins adjoints seraient ensuite nommés médecins en chef, par ordre de mérite réel. Il reste, en effet, à démontrer si les médecins adjoints nommés au concours régional de Paris

sont d'ordre supérieur à ceux nommés aux concours régionaux de Lyon, Nancy, Bordeaux, Lille ou Toulouse.

Pour ce qui est de la responsabilité des médecins d'asile, que M. Le Filliâtre réclame pour eux et que M. Marandon de Montyel a réclamée avant lui avec tant d'insistance pour les médecins adjoints, je me demande si les intéressés ont été consultés et quelle est la nature de cette responsabilité.

Les médecins adjoints ne feront rien tant qu'ils ne seront pas responsables (Marandon de Montyel). Mais on se garde bien d'indiquer comment et dans quelle mesure cette responsabilité pourrait exister ou être invoquée. Nous connaissons la responsabilité du directeur, la responsabilité du directeur-médecin, responsabilités sérieuses et graves, nous n'en connaissons pas d'autres; mais ce genre de responsabilité déplaît fort à nos rares contradicteurs; ils la redoutaient tellement, qu'ils l'ont déclinée en devenant médecins en chef après avoir été directeurs-médecins. MM. Rey et Belletrud ont fait le contraire. Oui, certes, un médecin en chef d'asile peut essayer, sans responsabilité réelle, de donner à ses malades toute liberté possible; s'il survient un accident, un simple ennui même, qui est responsable? Le médecin? — Non; le directeur qui, cantonné dans son service administratif, peut parfaitement ignorer les désagréments que le médecin en chef lui prépare.

C'est justement à cause de la confusion permanente de pouvoirs, d'attributions et de responsabilité, que le docteur Rebatel, l'un des nôtres, conseiller général du Rhône et membre de la Commission de surveillance de l'Asile des aliénés du Rhône, réclame instamment, dans les asiles publics d'aliénés, l'unité dans le service administratif et médical; il n'a point, d'ailleurs, ménagé son approbation aux propositions que j'ai eu l'honneur de vous présenter, et j'en suis fier.

Dans les asiles bisexués, comme Ville-Evrard, la liberté très grande donnée aux hommes ne paraît point être du goût du médecin en chef des femmes, et l'oblige même à restreindre de plus en plus celle qu'il pouvait accorder à ses malades. « Vos coqs sont lâchés, je renferme mes poules », a-t-il fait savoir à son collègue M. Marandon de Montyel.

La responsabilité, pour les médecins en général, pour les médecins adjoints en particulier, n'a point été réclamée ici par

les médecins adjoints. M. le Dr Anglade n'en veut point entendre parler; il considère son temps de médecin adjoint comme une période de travail, d'étude, de recueillement, qui lui permet de se livrer à des travaux de laboratoire.

Pour les internes nommés au concours, M. Charpentier fait observer qu'il ne serait pas équitable de leur laisser la faculté de rester plus d'un an dans le même service; j'y consens et me rallie à cette opinion.

M. l'inspecteur général Drouineau, ayant bien voulu donner son approbation aux conclusions de notre rapport, a manifesté cependant le désir de nous y voir apporter des modifications de détail. Il se déclare partisan, en thèse générale, de la réunion des fonctions dans la personne d'un directeur-médecin, à l'exception cependant des grands asiles comme Maréville; mais cette exception ne s'applique pas aux asiles dont nous avions parlé, c'est-à-dire aux asiles de cinq cents malades au maximum. M. Drouineau estime qu'il y aurait aussi une exception à faire pour les asiles cliniques, exception peut-être regrettable et que je n'ai point proposée, m'en référant encore et toujours à ce qu'en pensait et écrivait J.-P. Falret en 1847[1], ainsi que je l'ai consigné dans mon rapport, page 223.

M. l'Inspecteur général voudrait, comme nous l'avons proposé, qu'à l'avenir les médecins en chef soient toujours pris parmi les médecins adjoints, et il pense que par suite de l'organisation du concours pour les médecins adjoints, il y aurait lieu de modifier le règlement en ce qui concerne leur mode de nomination et leurs attributions; nous y adhérons volontiers.

Les médecins adjoints devraient être nommés par un concours unique pour toute la France et les médecins en chef toujours choisis parmi les seuls médecins adjoints ainsi nommés; cette proposition, déjà soumise au Congrès de Rouen, est encore aujourd'hui à réaliser, quoique désirée par tout le monde.

J'ose espérer, Messieurs et chers collègues, avoir répondu à toutes les objections qui m'ont été faites; je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu m'accorder, et je réclame votre indulgence pour une improvisation qu'il m'a été impossible de faire avec plus de calme et de sang-froid.

1. *Annales médico-psychologiques*, t. X.

Après cette réplique, vivement applaudie, la discussion est close et **M. le Président** remercie **M. Doutrebente.**

La parole est alors donnée à **M. Mairet** qui, en son nom et au nom de **M. Vires,** présente les considérations suivantes sur l'*Etiologie et la Pathogénie de la paralysie générale :*

Ce que rappelle aujourd'hui à l'esprit l'idée de paralysie générale, c'est une notion symptomatique et anatomique.

Le médecin qui porte le diagnostic de paralysie générale évoque dans son esprit une maladie qui, cliniquement, s'exprime par la démence, des troubles paralytiques généralisés, avec ou sans délire, et, anatomiquement, par des lésions diffuses de l'encéphale, lésions inflammatoires pour les uns, dégénératives pour les autres.

Or, si penser anatomiquement et symptomatiquement est bon, penser pathogéniquement vaut mieux encore.

Depuis bien longtemps, nous nous demandons si derrière l'unité symptomatique et anatomique de la paralysie ne se cache pas une diversité de nature. Pour nous en rendre compte, nous nous sommes adressés à l'étude de l'étiologie, suivant ainsi la voie ouverte par l'Ecole française, et que Morel déjà a si brillamment parcourue.

Nous avons réuni toutes les observations de paralysie générale que, depuis nombre d'années, nous recueillons dans notre service hospitalier. Ce nombre est très considérable, malheureusement toutes ne peuvent nous servir.

Dans la plupart, en effet, les renseignements sur les causes n'existent pas ou sont incomplets.

Nous n'avons retenu que celles dans lesquelles les renseignements sont ou nous ont paru complets. Leur nombre s'élève à cent soixante-quatorze.

Ce sont ces cent soixante-quatorze observations qui servent de base à notre étude.

Elles nous montrent :

Premièrement : Que toujours — nous n'avons trouvé qu'un seul cas où il en a été différemment — on rencontre des facteurs susceptibles d'être regardés comme causes.

Ces facteurs sont divers, héréditaires ou acquis.

Héréditaires, ce sont des maladies chroniques diverses des

ascendants (arthritisme, cérébralité, alcoolisme, tuberculose, maladies mentales et nerveuses).

Acquises, ce sont : *a*) Certaines intoxications, spécialement l'alcoolisme, le tabagisme ;

b) Des infections : aiguës (fièvre typhoïde, influenza, paludisme); chroniques (tuberculose, syphilis);

c) Des excès divers, excès de tout genre, excès génésiques, surmenage intellectuel, etc.;

d) Des traumatismes ;

e) Des causes morales, etc.

Deuxièmement : Que plusieurs d'entre ces facteurs se trouvent ordinairement réunis chez le même individu ; que, beaucoup plus rarement, certains d'entre eux peuvent exister seuls.

Les facteurs qui peuvent exister seuls, sont :

L'hérédité cérébrale, l'hérédité arthritique, l'hérédité alcoolique, l'alcoolisme personnel, la syphilis.

Ceux qui n'existent jamais seuls sont :

L'hérédité tuberculeuse, l'hérédité mentale et nerveuse, les infections aiguës, l'infection tuberculeuse, le tabagisme, les excès divers, génésiques ou autres, le traumatisme, le surmenage intellectuel et les causes morales.

Ces facteurs peuvent-ils être cause de paralysie générale?

Pour résoudre cette question, nous avons fait appel à la statistique, à l'étude clinique, à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette étude. Nous nous contenterons de donner les conclusions auxquelles elle nous a amenés :

1° Certain facteur, l'hérédité mentale et nerveuse, n'a aucune influence. La prédisposition née de cette hérédité ne fait que fournir des éléments au délire, ou associer à la démence paralytique une folie névrose ;

2° D'autres ont une influence parfois puissante, d'autres fois beaucoup moins marquée, causes déterminantes là, causes occasionnelles ici. Ce sont ceux de notre second groupe, ceux qui n'existent jamais seuls ;

3° Certains ont une action pathogène. Ce sont ceux du premier groupe, ceux qu'on retrouve seuls dans l'étiologie.

La plupart des facteurs que nous avons rencontrés dans nos

observations doivent donc être regardés comme des causes de paralysie générale. Mais leur valeur étiologique est bien différente. C'est ce que faisait, d'ailleurs, prévoir l'étude de notre tableau. Les causes du second groupe, même associées entre elles, aboutissent exceptionnellement à la paralysie générale. Il faut pour cela qu'elles s'associent à un des facteurs qui existent seuls. Ces derniers constituent donc les seules causes pathogènes de la démence paralytique, et même encore faut-il rayer un d'entre eux, la syphilis.

L'observation clinique et l'anatomie pathologique nous montrent que la syphilis ne produit pas la paralysie générale vraie; elle donne naissance, du côté du cerveau, à des lésions spécifiques qui peuvent s'exprimer symptomatiquement sous les allures de la paralysie générale; elle donne naissance à une syphilis cérébrale à forme de paralysie générale.

Lorsque la syphilis n'existe pas seule, ou bien elle produit cette même syphilis cérébrale à forme de paralysie générale, ou bien elle ne joue aucun rôle; la maladie doit être rattachée aux autres causes.

Comme causes pathogènes, il reste donc :

L'hérédité arthritique;
L'hérédité cérébrale;
L'hérédité alcoolique;
L'alcoolisme personnel.

Ces causes donnent naissance à une prédisposition qui peut aboutir par elle-même à la paralysie générale, ou bien fournir seulement un terrain favorable à l'application des causes constituant notre second groupe, lesquels prennent alors une grande importance et passent au premier plan.

L'étude de l'étiologie nous conduit donc à considérer la paralysie générale comme étant le résultat non pas d'une cause unique, mais de causes différentes.

Comment se fait-il que cette paralysie à causes multiples puisse être considérée comme étant une au point de vue anatomique?

Ceci nous amène à l'étude de la *pathogénie*.

Cette étude pathogénique, nous l'avons faite pour chaque cause.

Arthritisme. — Nos observations nous montrent que ce que

l'ascendant arthritique transmet à ses descendants, c'est l'arthritisme, c'est-à-dire une maladie générale constituée par une viciation de la nutrition, viciation dont l'aboutissant ordinaire est la sénilité.

Or, que retrouvons-nous chez plusieurs de nos paralytiques généraux diathésiques? Une sénilité anticipée avec tous ses attributs, et leur paralysie générale a tous les caractères de la paralysie générale sénile.

Dans ces cas, la maladie doit être évidemment rattachée à la sénilité et, par suite, à la diathèse qui est la cause de cette dernière.

Mais, d'autres fois, le paralytique général diathésique n'a pas, dans les premiers temps de sa maladie du moins, les attributs extérieurs de la sénilité, de sorte qu'on peut se demander si, dans ce cas, la paralysie doit être subordonnée à la diathèse. L'observation clinique et l'anatomie répondent que oui. Nous voyons ce paralytique réaliser sous nos yeux, en quelques mois, les attributs de la sénilité, et s'il est enlevé à une période peu avancée de la maladie, l'autopsie révèle du côté des différents organes, cœur, foie, reins, les lésions dégénératives du début de la sénilité, dégénérescence graisseuse ou scléro-graisseuse. Notre paralytique est donc en pleine période d'involution sénile, et l'inflammation et la dégénération qu'on rencontre du côté de son système nerveux doivent être, à l'instar de celles des autres organes, rattachées à la sénilité et, par suite, à la diathèse.

C'est donc en produisant une sénilité anticipée, c'est-à-dire la dégénération et l'inflammation des tissus, que la diathèse produit la paralysie générale.

Hérédité cérébrale. — L'observation nous montre qu'elle produit du côté du système nerveux central, d'une part, une tendance à l'inflammation diffuse du système vasculaire, ainsi que l'ont montré Charcot et Bouchard, et, d'autre part, une moindre résistance organique de la cellule nerveuse. Cette moindre résistance s'affirme par une fatigue intellectuelle facile et une sensibilité extrême à l'égard de certains agents et particulièrement de l'alcool. Aussi on voit, sous l'influence d'une cause même légère, cette cellule chuter.

Or, cette moindre résistance organique ne peut évidemment

s'expliquer que par une dégénération de la cellule. Donc, ici encore comme précédemment, nous sommes amenés à rattacher l'éclosion de la paralysie générale à une dégénération et à une inflammation.

L'hérédité alcoolique paraît pouvoir agir de deux façons : en produisant, comme l'hérédité arthritique, une sénilité anticipée, ou bien, comme l'hérédité cérébrale, une moindre résistance organique du système nerveux central.

C'est de la même manière qu'il faut expliquer l'action de l'*alcoolisme*.

Longtemps avant l'éclosion de la paralysie, on voit l'alcool miner le cerveau, atteignant la cellule sous forme de délire, de démence, et les vaisseaux sous forme d'attaques et de congestions, liées naturellement à une inflammation dégénérative vasculaire.

De sorte qu'ici, dégénération et inflammation sont les deux modes suivant lesquels l'alcoolisme aboutit à la paralysie générale.

Ce que nous disons de l'alcool peut s'appliquer aux autres causes, comme les *excès génésiques*, les *excès divers*, le *surmenage intellectuel*, l'*infection*, etc., qui usent la cellule et congestionnent le système nerveux; seulement, ces dernières causes trouvent un terrain préparé.

Partout donc, peu importe la cause première, ce que nous retrouvons c'est la dégénération et l'inflammation, et, par suite, rien d'étonnant que le travail anatomique soit morphologiquement le même dans tous les cas. Nous sommes donc ramenés vers l'unité clinique de la paralysie générale.

Mais si nous nous reportons aux causes productrices de ce travail, nous voyons qu'il peut être dû à une maladie locale; ainsi dans l'hérédité cérébrale ou, au contraire, à une maladie générale, arthritisme, alcoolisme.

De sorte qu'à ce point de vue il existe deux grands groupes de paralysie générale : *a*) une paralysie générale, maladie locale du système nerveux ; *b*) une paralysie générale, symptomatique d'une maladie générale.

Cette distinction n'est pas purement théorique. Nos observations nous montrent, en effet, que le travail anatomique produit par l'arthritisme et l'alcoolisme, tout en ayant les appa-

rences morphologiques de celui qu'on constate dans la paralysie locale, s'en distingue cependant pathogéniquement. Il est de nature alcoolique et diathésique, c'est-à-dire qu'il ne s'émancipe pas au point de vue de sa nature, de sa cause première.

Nous sommes ainsi amenés, au point de vue pathogénique, à distinguer :

1° Une paralysie générale, maladie locale ;

2° Une paralysie générale arthritique ;

3° Une paralysie générale alcoolique,

Et nous ajouterons une paralysie générale sénile.

Ces distinctions pathogéniques ont une très grande importance thérapeutique : la nature de la maladie apporte, dans certains cas, des indications précieuses.

M. Régis demande la parole pour affirmer le rôle de la syphilis que l'anatomie pathologique ne contredit pas et que la clinique démontre. Il rappelle les statistiques où la syphilis se trouve, dans quatre-vingts à quatre-vingt-dix pour cent, cas de paralysie générale, tandis qu'elle ne se rencontre que dix à quinze fois sur cent dans les autres formes d'aliénation mentale ; il dit que la paralysie générale juvénile est toujours d'origine syphilitique. Enfin, il expose que si l'on admet diverses prédispositions, névropathiques, vésaniques, cérébrales, on ne devra pas s'étonner que la syphilis, suivant les prédispositions, détermine la névrose syphilitique, la paralysie générale, la syphilis cérébrale.

M. Mairet insiste en réclamant des preuves anatomiques.

M. Arnaud trouve que M. Mairet fait trop peu de cas des preuves cliniques accumulées dans ces dernières années en faveur de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

Il eût été fort intéressant de voir se prolonger cette discussion ; mais l'heure était avancée, il fallait songer au banquet du soir, et M. le Président dut l'interrompre.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à six heures.

BANQUET PAR SOUSCRIPTION DU CONGRÈS

Mardi 3 août, à 7 h. 1/2 du soir.

Le banquet habituel avait lieu dans une des salles du Capitole, que la municipalité avait mise à la disposition des organisateurs du Congrès. En le faisant, elle avait voulu donner une fois de plus l'hospitalité aux congressistes et leur montrer avec quelle faveur on les avait vus venir dans la cité toulousaine tenir leurs assises annuelles.

La salle destinée au banquet était celle qui donne sur le jardin du Capitole, en face du vieux Donjon; elle a vue sur le jardin par une loggia qui devait, dans la soirée, offrir aux assistants un abri des plus agréables. Comme cette salle n'est point encore achevée, que les murs en sont nus et tristes, on avait pu, grâce aux libéralités de la ville de Toulouse, la faire couvrir de tentures et décorer de manière à lui donner un air de fête. M. Em. Noguès, qui avait donné son concours au secrétaire général, s'était chargé de diriger cette décoration, et, de l'aveu de tous, il y avait pleinement réussi.

M. le Maire de Toulouse avait mis encore à notre disposition toutes les fleurs transportables du Jardin-des-Plantes. Les jardiniers de la ville avaient été chargés de les disposer eux-mêmes dans la salle du banquet, sur la loggia, et surtout dans le splendide et solennel escalier d'honneur qui donnait accès vers la salle du banquet.

D'autre part, M. le Maire, qui tenait à bien faire les choses, avait convoqué les gardes municipaux, qui se tenaient échelonnés dans l'escalier, et dont la belle prestance et la superbe tenue ajoutaient encore à l'éclat de la décoration.

Enfin, la salle et ses abords avaient, pour la circonstance, été éclairés à la lumière électrique.

Le coup d'œil était féerique, et les convives, dès leur arrivée, se sentaient déjà favorablement disposés.

L'organisation du banquet avait été confiée au célèbre Vatel toulousain, Tivollier, qui a tenu à se surpasser en cette circonstance.

Le menu du banquet était encadré dans une couronne de dessins humouristiques, dus à la plume d'un des plus spirituels enfants de Toulouse, Henri Maigrot, celui que tout le monde connaît sous le nom d'Henriot. Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de conserver ici la reproduction de cette œuvre qui a fait la joie des convives.

A sept heures et demie, invités et congressistes étaient exacts au rendez-vous. On remarquait parmi eux : M. Landard, préfet de la Haute-Garonne; M. Serres, maire de Toulouse; M. Drouineau, inspecteur général, délégué du Ministre de l'Intérieur; M. Labéda, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; M. Ritti, président du Congrès; M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; M. Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; M. Parant, secrétaire général du Congrès; M. Marty, secrétaire général de la Haute-Garonne; MM. Doutrebente, Giraud, Bézy, Rayneau, Rebatel, Arnaud, Saint-Ange, Régis, Em. Noguès, Briand, Semelaigne, Dubuisson, Anglade, Cullerre, A. Carrier, Sabrazès, Maurel, Guilhem, Pétrucci, Rey, A. Voisin, Charpentier, etc., etc. Citons encore M. Cartailhac, qui devait diriger les congressistes dans Toulouse et à Carcassonne; M. P. E. Privat, l'imprimeur-éditeur des travaux du Congrès; les rédacteurs des journaux de Toulouse; et enfin, et surtout, un groupe de femmes ou filles de congressistes, dont la présence n'était pas un des moindres charmes de la soirée. C'étaient M[mes] Ritti, Parant, Bézy, Rayneau, Lamacq, Dubourdieu, Guilhem, Charon et M[lle] Rebatel.

Soixante-douze convives prirent place autour de la table du banquet, et pendant tout le repas les conversations furent entretenues de la manière la plus animée. Un petit fait y contribuait peut-être; c'est que, dans la préparation du menu, on avait décidé que, pour ne pas faire tort aux vins toulousains qui devaient le lendemain être offerts par l'Asile de Braqueville, on ne servirait que du champagne frappé au courant du repas, grand mousseux au dessert, et l'agréable tisane servie à profusion devait bien, pour sa part, contribuer à délier les langues.

Au dessert, **M. Ritti** a ouvert la série des toasts et prononcé les paroles suivantes :

Mesdames,
Messieurs,

Mon premier mot — celui qui part du cœur pour arriver aux lèvres — sera celui de reconnaissance. Oui, reconnaissance et remerciements à la ville de Toulouse pour sa large, sa magnifique hospitalité! Remerciements et reconnaissance à la municipalité de la belle cité languedocienne et à son aimable maire pour leur gracieuse, leur charmante réception! Toutes les portes nous ont été grandes ouvertes; bien plus, en ce célèbre Capitole, on nous a conviés à nous considérer comme chez nous, et sachant que nous cherchions une salle pour notre banquet habituel, on est allé au-devant de nos désirs en nous offrant cette magnifique salle des Pas-Perdus, toute ornée de drapeaux, de fleurs et de verdure. Se peut-il trouver un cadre plus magnifique pour cette réunion confraternelle à laquelle ont bien voulu s'associer tous ceux — et ils sont nombreux — qui ont contribué à donner à notre Congrès un caractère de fête vraiment familiale? Je suis sûr de trouver de l'écho dans les cœurs de tous nos collègues, en levant, en signe de reconnaissance, mon verre à la grande cité toulousaine, à sa municipalité, à son distingué maire!

Mais ces témoignages de sympathie, dont nous sommes profondément touchés, ne se sont pas concentrés dans les murs de la ville; ils nous sont venus de tout le département. Le Conseil général et M. le Préfet nous ont donné des marques palpables de l'intérêt qu'ils portent à nos travaux, et il m'est doux de leur en exprimer toute notre gratitude en cette solennité. Je vous convie à boire à M. le Préfet, qui s'est si gracieusement associé à la fête de ce soir, et au Conseil général de la Haute-Garonne, qui a voté à notre Congrès une importante subvention.

Les encouragements nous sont venus de plus loin, de plus haut encore. M. le Ministre de l'Intérieur a tenu à se faire représenter à notre Congrès, et il a délégué à cet effet un inspecteur général, notre savant confrère M. le Dr Drouineau. Ce choix si autorisé, vous avez pu l'apprécier aujourd'hui même, dans cette discussion sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés, qui préoccupe à bon droit non seulement les médecins, mais les

administrateurs. Je vous remercie, Monsieur l'Inspecteur général, de la part que vous voulez prendre à nos délibérations ; je suis heureux de vous associer au toast que je porte à M. le Ministre de l'Intérieur.

Ce serait vraiment de l'ingratitude si, dans ce *palmarès* de la reconnaissance, j'oubliais notre savant et excellent confrère, M. le Dr Labéda, doyen de la Faculté de médecine. Nous sommes ses hôtes, et, chez lui comme ici, nous nous trouvons au milieu des fleurs, des drapeaux, de la verdure. Grâce à ce décor, le palais de la science est devenu un séjour enchanteur, dont nous garderons le meilleur, le plus doux souvenir. Je bois à M. le doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, et, puisque nous avons l'honneur de posséder, ce soir, au milieu de nous, M. Mairet, doyen de la Faculté de Montpellier, et M. Pitres, doyen de la Faculté de Bordeaux, je suis heureux d'unir dans un même toast les éminents doyens des trois Facultés de médecine du Midi.

Maintenant, mes chers collègues, que j'ai rempli mes devoirs envers nos hôtes, vous me permettrez bien de m'occuper un peu de vous. Votre président n'a d'ailleurs que des éloges à vous faire : vous avez vaillamment travaillé depuis l'ouverture du Congrès, consacrant trois longues séances, de près de quatre heures chacune, à la discussion des questions officielles de votre programme. Si vous avez pu apporter quelque lumière dans les problèmes difficiles et délicats qui vous étaient posés, nous ne saurions oublier que c'est grâce aux savants, aux lumineux rapports qui nous ont été soumis. Je n'apprendrai rien à personne en disant qu'ils sont excellents tous les trois, que tous les trois aussi ont été exposés et soutenus devant vous avec une rare compétence.

Notre jeune et distingué confrère, M. Arnaud, chargé d'étudier le *diagnostic de la paralysie générale*, s'est acquitté de sa tâche avec un profond savoir et une érudition peu commune, et aussi avec ce sens clinique qu'il a puisé à bonne école, dans le contact quotidien de notre vénéré maître et ami, M. le Dr Falret, notre président d'honneur, que je regrette de ne pas voir au milieu de nous, et à qui j'envoie à travers l'espace un salut confraternel et amical.

A M. Bézy était échue la question si longtemps controversée

de l'*hystérie infantile*. Il l'a traitée magistralement et l'a mise vraiment au point; son œuvre restera et, j'en suis convaincu, sera souvent consultée. Malheureusement, ce qui ne saurait rester... ou, du moins, ne peut rester que dans la mémoire de ceux qui l'ont entendu, c'est l'exposé si plein d'entrain, de verve véritablement toulousaine que notre excellent confrère a fait de son beau travail; il nous a véritablement tenus sous le charme de sa parole abondante et facile.

Avec M. Doutrebente, nous quittions les bords de la Garonne pour les rives de la Loire; de la Gascogne, nous sautions en pleine Touraine. En écoutant aujourd'hui notre savant collègue défendre si éloquemment et avec une ardeur vraiment juvénile son remarquable rapport sur l'*Organisation médicale des asiles d'aliénés*, on ne pouvait s'empêcher de penser à ses illustres compatriotes, Rabelais et Paul-Louis Courier : du célèbre curé de Meudon, il a le solide bon sens qui n'exclut pas la finesse; du spirituel vigneron de Véretz, il possède la logique serrée, la dialectique pressante, qui ne laisse dans l'ombre aucun des arguments de l'adversaire.

Nos trois premières séances ont donc été bonnes, et, en buvant à nos rapporteurs, MM. Arnaud, Bézy et Doutrebente, je suis sûr de répondre à votre désir unanime.

Votre président se fait un plaisir de porter la santé des collaborateurs que vous lui avez choisis. Je bois à mes distingués vice-présidents et aux jeunes secrétaires des séances, tous trois espoir de la spécialité.

Dans cette énumération, vous croyez sans doute que j'ai oublié quelqu'un. Non, je l'ai gardé pour la bonne bouche. Pourrais-je, en effet, passer sous silence les services signalés rendus par notre aimé secrétaire général, M. Parant? Depuis un an, toutes les forces de sa pensée sont concentrées vers un même but; aujourd'hui nous avons le devoir de lui dire que son succès est complet, qu'il a bien mérité de la médecine mentale, et que la session de Toulouse occupera une des plus belles pages dans les fastes de nos Congrès annuels. A votre santé, mon vieil et excellent ami Parant!

Un dernier toast, Messieurs... un toast à une femme, à une institution. Nous sommes ici dans le pays du gai savoir, de la gaie science. L'ombre d'une femme, gracieuse et charmante,

véritable symbole de la poésie, plane au-dessus de cette ville. Vous m'en voudriez si, en ce Capitole et à la porte même de la salle des Illustres, je n'évoquais pas le souvenir de Clémence Isaure et de l'Académie des Jeux floraux, N'allez pas croire, toutefois, que je le fais par ambition académique, Oh ! non, car je crois être fortement immunisé contre la fièvre verte. Mais il n'est pas sans intérêt, il me semble, de profiter de l'occasion pour rappeler que notre illustre maître Pinel, alors qu'il était jeune étudiant de l'Université de Toulouse, taquinait volontiers la Muse et que l'une de ses pièces de vers eut l'honneur d'obtenir une violette ou une églantine d'or ou d'argent. Heureusement, cette insigne récompense ne lui tourna pas la tête et ne l'empêcha pas d'accomplir son œuvre si glorieuse de l'affranchissement des aliénés. Nous, ses disciples, nous n'en sommes pas moins flattés de ses succès de poète, et avec moi, mes chers collègues, vous lèverez votre verre à la mémoire de Clémence Isaure, en l'honneur de l'Académie des Jeux floraux.

Le discours de M. Ritti a été salué par une triple salve d'applaudissements.

Après lui, **M. le Maire** de Toulouse a porté un toast très gracieux aux dames présentes, et ses paroles venaient fort à propos après celles de M. Ritti, qui avait terminé son allocution en rappelant le souvenir de Clémence Isaure, la femme charmante et idéale, dont la figure, imaginaire ou réelle, peu importe, plane en quelque sorte au-dessus de la cité de Toulouse. Puis **M. le Préfet** a bu au succès du huitième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes :

Veuillez me permettre, a-t-il dit, de vous remercier de m'avoir invité à ce banquet qui, quoique un banquet de savants, est orné de tant de fleurs. Au nom du département de la Haute-Garonne et du Conseil général, je vous souhaite, Messieurs, la bienvenue, et je vous félicite d'avoir choisi Toulouse comme siège de votre huitième réunion. Messieurs, je bois au succès du Congrès.

M. Drouineau et **M. Labéda** ont pris également la parole.

M. Parant, secrétaire général, a porté un dernier toast et s'est exprimé à peu près ainsi :

HUITIÈME CONGRÈS

DES

Médecins Aliénistes

ET NEUROLOGISTES

TOULOUSE 1897

Banquet du 3 Août

AU CAPITOLE


MENU
BARBEY D'AUREWE
POTAGE
Printanier Riche Princesse.
HORS-D'ŒUVRE
Petites Bouchées à la Toulouse.
ENTRÉES
Turbot sauce normande.
Filet Marcassin sauce venaison.
Pâté Tivollier.
Sorbets mousseux.
ROT
Dindonneaux jeunes demi-deuil.
BOUTS DE TABLE
Buisson d'Écrevisses.
ENTREMETS
Bombes bariolées.
DESSERT
VINS
Tisane de Champagne.
Moët et Chandon.
Café — Vieilles Liqueurs.
Servi par M. Tivollier
EXCURSION A LUCHON AOUT 1897.
Henriot
Aout - 1897
Imp. Cassan Fils. Toulouse-Paris

Concert

DONNÉ PENDANT LE BANQUET

Par l'École philharmonique

et l'ESTUDIANTINA les GAYS TROUBADOURS

PROGRAMME

1. *a)* **Belles Napolitaines,** marche........... V. MONTI.

   b) **Nathalie,** mazurka........................ X...

   Par les *Gays Troubadours.*

2. **Chœur.**

   Par l'*École philharmonique.*

3. *a)* **Marche militar,** Paso doble.............. LLORCA.

   b) **La Estrella,** polacca........................ LLORCA.

   Par les *Gays Troubadours.*

4. **Banièros Toulousainos**.................... GAILHARD.

   Par l'*École philharmonique.*

5. *a)* **Estudiantina,** Gran Jota.................. CERECEDA.

   b) **Retraite-Marche**........................ X...

   Par les *Gays Troubadours.*

6. **La Toulousaino,** paroles de Mengaud, musique de Deffes.

   Par l'*École philharmonique.*

Messieurs,

Tout à l'heure, notre cher Président a bien voulu me remercier et me féliciter de ce que j'ai fait pour l'organisation et le succès de notre Congrès. Ses remerciements et ses félicitations, je veux bien les accepter. Mais je dois dire que j'étais soutenu dans ma tâche par un ardent désir de vous rendre aussi fructueux et aussi agréable que possible votre séjour dans cette cité toulousaine, qui n'est pas mon pays d'origine, mais dont je suis bien devenu un des enfants, tant il y a longtemps que je l'habite, et que je tenais à vous faire voir par ses côtés charmeurs. Je dois dire encore que j'aime tant nos Congrès, que j'y trouve tant de profits et de charmes, que je voudrais si vivement les voir bien réussir et s'implanter de plus en plus dans les habitudes de notre phalange de spécialistes ; je les aime tant, que je travaillais un peu pour moi en travaillant avant tout pour vous, et que cela diminue quelque peu mon mérite. Enfin, Messieurs, si j'accepte des remerciements et des félicitations, c'est à condition que vous me laisserez en reporter la majeure partie sur tous ceux qui m'ont rendu la tâche facile et qui sont entrés dans mes vues avec une bonne grâce et un empressement dont je ne pourrais trop me louer.

Dès le début de ma tâche, et pendant tout le temps que j'ai mis à l'accomplir, j'ai été fructueusement aidé par notre cher Président, mon excellent ami ; il a contribué à m'en aplanir bien des difficultés ; il a contribué pour sa bonne part au succès et l'a rendu, hier encore, plus éclatant, par le magnifique et éloquent hommage qu'il a rendu à la mémoire de nos deux illustres ancêtres, Pinel et Esquirol. Qu'il me permette de le remercier de tout mon cœur.

M. le Préfet et M. le Secrétaire général se sont employés activement à nous faire obtenir une subvention du Conseil général.

M. le Maire de Toulouse, après que notre confrère M. Rémond lui eut fait connaître le but et l'importance de notre œuvre, se mit tout entier à notre disposition. Il ne nous a pour ainsi dire rien refusé de ce qu'il était en situation de nous faire obtenir et de nous accorder ; même il est allé largement au-devant de nos désirs, et c'est à son initiative que vous devez la décoration merveilleuse de cette salle.

Quand j'ai dû m'occuper d'organiser vos excursions, vos promenades, je me suis adressé à un homme des plus avenants, archéologue distingué, qui s'est mis à notre disposition avec plaisir, avec un très grand plaisir, suivant ses propres paroles, et qui nous fera visiter, mieux que personne, Toulouse et la vieille cité de Carcassonne.

M. le Doyen de la Faculté de médecine s'est déclaré heureux de pouvoir nous donner l'hospitalité dans les amphithéâtres de la Faculté et il a voulu se charger lui-même de les faire disposer à notre convenance.

Tout à l'heure, Messieurs, vous allez entendre ces Sociétés musicales qui sont l'honneur et le charme de Toulouse. Quand je leur ai parlé de venir se faire entendre devant vous et de vous faire passer d'agréables instants, elles se sont mises sur le pied de leurs plus grands jours de fête, et leurs sociétaires ont tenu à cœur d'être nombreux au rendez-vous.

Il n'est pas jusqu'à notre Vatel, notre Tivollier, qui ne se soit appliqué à vous offrir un menu irréprochable. Il n'y a guère qu'une chose que, sur notre demande, il a beaucoup ménagée, c'est l'eau de la Garonne. Non pas qu'elle ne soit pas bonne, Messieurs, au contraire, car la Garonne a voulu que son eau soit excellente comme elle a voulu bien d'autres choses. Mais elle jouit d'une réputation particulière, qui, d'ailleurs, n'est pas justifiée. On croit communément qu'elle donne à ceux qui en usent le don de voir et de raconter les choses d'une manière... exagérée; et nous n'avons pas voulu, Messieurs, que lorsque vous serez rentrés chez vous, que vous direz les charmes de votre court séjour à Toulouse, les merveilles du pays, l'empressement et l'entrain avec lesquels vous avez été reçus, on puisse vous taxer d'exagération, prétendre que vous aviez bu l'eau de la Garonne, et que vous étiez devenus... gascons.

Bref, Messieurs, j'en reviens à mon point de départ : si j'ai pu réussir à quelque chose, c'est que j'ai été fortement aidé et soutenu par tous, c'est que ni les concours ni les bonnes volontés ne m'ont fait défaut. Je vous demande donc, Messieurs, de boire à tous ceux qui ont été ainsi les éléments du succès, et de reporter sur eux la majeure partie des remerciements et des félicitations que l'on vient de m'adresser.

La soirée s'est terminée par un concert que donnaient deux excellentes Sociétés musicales, l'une de mandolinistes, les *Gays Troubadours*, l'autre de choristes, l'*Ecole Philharmonique*. Toutes deux ont fait entendre des morceaux choisis de leur riche répertoire et l'on ne s'est point lassé de les écouter. Leur présence donnait à la réunion une saveur et une originalité toutes particulières, ce qu'on pourrait vraiment appeler un goût de terroir, une chose bien toulousaine, et qui ne se présenterait certainement pas ailleurs de la même manière. On leur a fait à toutes deux de véritables ovations. Nous devons constater, toutefois, que le plus grand succès a été pour les chants patois de la Société chorale et surtout pour cet admirable chant qui s'appelle *la Toulousaine;* on l'a redemandée une fois, deux fois, trois fois. Les choristes ne se sont point refusés à la reprendre; ils l'ont dite dans la salle, ils l'ont dite en descendant, ils l'ont reprise encore dehors, devant la loggia, dans le silence de la nuit, où elle faisait un effet merveilleux, et les convives, devenus tous Toulousains de cœur pour la circonstance, sans avoir la prétention de rivaliser avec les ténors et les barytons de Toulouse, rentrèrent chez eux par groupes que l'on entendit longtemps fredonner : « *O moun pays, o Toulouso! o Toulouso!* » Ceux qui assistaient à cette soirée en garderont sans doute longtemps un aimable souvenir.

JOURNÉE DU MERCREDI 4 AOUT

A. VISITE DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE. RÉCEPTION ET BANQUET.

Pendant toute cette journée du mercredi 4 août, les congressistes ont fait trêve à leurs travaux et à leurs discussions scientifiques, ou du moins s'ils les ont continués pendant quelques moments, ce n'a été que par les côtés pratiques. Il s'agissait en effet, tout d'abord, d'aller visiter l'asile d'aliénés de la Haute-Garonne, dit de *Braqueville*, situé à environ trois kilomètres au sud-ouest de Toulouse, sur la route qui conduit vers Bagnères-de-Luchon et la frontière d'Espagne.

Rendez-vous avait été donné aux congressistes, à huit heures et demie du matin, sur la place Lafayette, où les attendaient de grands et confortables omnibus qui, en moins d'une demi-heure, les transportèrent à l'asile.

Dans la cour d'honneur, ornée de drapeaux et parée pour la circonstance, notre excellent collègue, **M. Dubuisson**, médecin directeur de l'asile, nous attendait, ayant près de lui des membres de la Commission de surveillance de l'asile, son médecin adjoint, **M. Anglade**, et plusieurs fonctionnaires de la maison.

Avec les congressistes était arrivé M. l'inspecteur général Drouineau. M. Landard, préfet de la Haute-Garonne, M. Serres, maire de Toulouse, M. Marty, secrétaire-général de la Préfecture, ne tardèrent pas à arriver à leur tour, et la visite commença.

Elle fut faite dans un ordre très méthodique, MM. Dubuisson et Anglade donnant tous les détails susceptibles d'intéresser les visiteurs, et leur faisant, non sans raison, admirer l'établissement qui, tant par sa situation que par sa distribution intérieure, peut être considéré comme un des mieux réussis de France.

M. Dubuisson avait préparé, sur l'asile, sur ses origines, sur sa situation et sa constitution actuelle, sur les améliorations en cours d'exécution ou projetées, une notice bien détaillée qu'il fit distribuer à tous les assistants, et dont les renseignements contribuèrent à augmenter l'intérêt de la visite.

On commença par les quartiers des femmes et l'on parcourut ensuite ceux des hommes. Ils s'étendent, chacun de leur côté, perpendiculairement à la cour d'honneur et aux bâtiments où sont centralisés les services généraux.

Une des dispositions intéressantes qu'ils présentent, et dont on peut souhaiter la généralisation dans les asiles, c'est que chacune de leurs sections est désignée par les noms de maîtres éminents de la science médico-mentale. Du reste, l'asile lui-même est en quelque sorte dédié tout entier à la mémoire d'Esquirol, dont MM. Delaye et Marchant, les créateurs de l'asile, avaient été les élèves, et dont la tête surmonte le portique d'entrée.

Une des modifications en cours d'exécution servira beaucoup à donner à l'asile des apparences encore meilleures, en même temps qu'elle sera fort utile aux malades. Elle consiste en ce que les préaux, qui actuellement sont au milieu des bâtiments, seront reportés en dehors; leur clôture sera faite par des sauts de loup. De la sorte, les malades, qui pour le moment sont un peu comme emprisonnés entre de hauts bâtiments, auront plus d'air et de lumière, en même temps que leur vue s'étendra sur les alentours.

Les quartiers parcourus, on passe aux bâtiments des services généraux, où doivent se réaliser les transformations principales dont M. Dubuisson a eu l'initiative.

Et voici d'abord le pavillon d'hydrothérapie. Précédemment, suivant le système Parchappe, il y avait dans chaque section une salle de bains. Mais les inconvénients de cette disposition étaient nombreux. Désormais, il y aura deux pavillons d'hydrothérapie, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Ils sont en communication avec les quartiers par des galeries couvertes; ils sont commodément distribués, et M. Dubuisson n'a négligé aucun des avantages donnés par les perfectionnements les plus récents.

Après les pavillons d'hydrothérapie on est allé voir la nouvelle cuisine, largement éclairée et ventilée, et d'où le service de répartition des repas est assuré dans de bonnes conditions.

Il faudrait de longues pages encore pour indiquer tout ce qui a été vu d'intéressant.

Il était environ onze heures quand la visite s'est terminée. A ce moment, les congressistes, attendant le banquet qui devait bientôt commencer, étaient réunis dans la cour d'honneur. Ils y arrivaient à point pour faire une réception enthousiaste à un omnibus supplémentaire qui amenait les femmes des congressistes, les mêmes qui avaient assisté au banquet de la veille, et qui venaient encore agrémenter de leur présence la nouvelle réunion.

Disons de suite que les visiteurs eurent un profond regret, celui de ne pas voir paraître au milieu d'elles Mme Dubuisson. Elle était malheureusement retenue près du lit de sa fille souffrante et qu'elle ne pouvait quitter. Sa place dut rester vide au grand chagrin de tous, qui le témoignèrent cordialement à M. Dubuisson. Mme Anglade, elle aussi, aurait dû être de la partie; mais elle s'occupait d'un bébé fraîchement né qui ne voulait pas permettre à sa maman de s'éloigner encore, et qui valut à M. Anglade les félicitations dues à un heureux père.

Le banquet, servi comme celui de la veille par le Vatel toulousain Tivollier, avait lieu sous une tente dressée à proximité des cuisines. L'intérieur de cette tente était coquettement orné de plantes, de fleurs à profusion; elle avait un air de bonne gaîté, et comme la journée n'était point trop chaude, qu'on y était tout à fait à l'abri des ardeurs du soleil, on y était fort bien.

Les tables, dressées en fer à cheval, portaient plus de cent couverts. M. le Préfet présidait la réunion, ayant à ses côtés M. l'inspecteur général Drouineau, M. Ritti, M. le Maire de Toulouse, les membres de la Commission de surveillance de l'asile. Les congressistes avaient au milieu d'eux les dames présentes, et les membres du personnel de l'asile s'étaient répartis tout autour.

Le repas fut gai, plein d'animation.

Le menu, gravé sur des cartes ornées du portrait d'Esquirol et d'une vue à vol d'oiseau de Braqueville, était excellent. Qu'on en juge :

Hors-d'œuvre
Truite saumonée ravigotte
Filet de bœuf Richelieu
Timbale Tivollier
Salmis de bécasses des Landes
Aspic de homard
Sorbets mousse de Champagne
Pintades truffées
Salade franco-russe
Entremets : Bombe Esquirol
Dessert

VINS

Premier service :
Villaudric blanc et rouge
Vieux Xérès, Bordeaux
Château-Filhol du marquis de Lur-Saluces
Pontet-Canet 1888
Château-Laffitte 1889

Deuxième service :
Bourgogne, Chablis, Vaudésir 1875
Richebourg 1875
Champagnes J. Mümm et L. Roëderer
Café, vieille fine 1848, liqueurs

Il n'en eût pas fallu tant pour délier les langues, et l'on peut croire qu'elles ont bien marché.

Mais voici le moment des toasts.

M. le Préfet parle le premier. Il renouvelle aux congressistes les paroles de bienvenue qu'il leur avait adressées la veille, et exprime l'espoir qu'ils emporteront de leur visite à Braqueville un souvenir favorable.

M. Ritti, après un toast chaleureux au Préfet et au Conseil général de la Haute-Garonne, ainsi qu'à la Commission de surveillance de l'asile de Braqueville, pour la brillante réception faite aux membres du Congrès, continue ainsi :

« Contrairement à certains de nos collègues, je considère la visite des asiles d'aliénés comme un des articles les plus importants de nos Congrès annuels, celui qui doit être pour nous une leçon de choses profitable et intéressante. Parmi les établissements que nous sommes appelés à visiter, il en est d'excellents, il en est de bons, et, aussi, de moins bons ; il n'en existe pas d'essentiellement mauvais. Dans tous, nous pouvons trouver des choses instructives, et j'avoue, pour ma part, en avoir glané plusieurs, de ci de là, dont j'ai tiré profit.

Nous avons tous admiré la belle ordonnance de l'asile où nous trouvons une si magnifique hospitalité. Des défauts, il en a certes quelques-uns, et on nous les a fait remarquer ; mais en même temps nous apprenions que les fonds nécessaires pour y obvier étaient votés, et que sous peu, grâce à la sollicitude du directeur et de l'administration, les aliénés auraient plus d'air, plus d'espace, de magnifiques préaux ayant vue sur la campagne. Nous en félicitons de tout cœur et les malades et ceux qui prennent ainsi à cœur leur amélioration.

Notre excellent collègue, M. Dubuisson, nous a fait distribuer une intéressante notice sur l'asile de Braqueville. Je l'ai lue, pour ma part, avec un vif intérêt, et j'y ai appris avec étonnement, mais aussi avec satisfaction, que le service médical d'aliénés de la Haute-Garonne n'avait passé, depuis sa réorganisation vers 1825, que par trois ou quatre mains. Le premier médecin en date a été Delaye, un élève distingué d'Esquirol, dont le nom est associé à ceux de Bayle et de Calmeil dans l'histoire de la découverte de la paralysie générale. C'est à lui qu'est due l'idée de la construction de cet établissement ; il en élabora le

programme avec son médecin adjoint, Gérard Marchant, qui devait en être le premier directeur. Pendant plus de vingt-trois ans, Marchant administra cet asile avec un zèle infatigable, y apportant de nombreuses améliorations, se livrant aussi aux recherches scientifiques : on lui doit d'intéressantes études sur le crétinisme dans les Pyrénées, sur la paralysie générale, etc. Personne d'entre nous n'a oublié sa mort lamentable, qui a enrichi d'une victime nouvelle le martyrologe, pourtant si riche, de la psychiatrie. Marchant a été tué d'un coup de revolver, dans son service même, par un capitaine d'infanterie, atteint du délire de persécution. Comment a pu se produire un pareil fait — le port d'une arme à feu par un aliéné dangereux — sans qu'on s'en aperçût? je n'ai pas à le rechercher ici ; mais ce que je puis affirmer, c'est que le capitaine en question, sur le sort duquel une certaine presse s'est apitoyée au point de considérer son acte comme un acte de justice, était bien le type le plus complet du persécuté persécuteur. J'ai eu maintes fois l'occasion de le voir dans le service de mon collègue Christian, à Charenton, où il avait été transféré de Braqueville, et c'était bien l'aliéné le plus violent, le plus menaçant, le plus halluciné et, partant, le plus dangereux que l'on puisse voir. Le partisan le plus obstiné de l'*Open-door* n'aurait pas osé lui donner même un semblant de liberté.

Le troisième nom que je veux retenir dans cette filiation du service médical des aliénés de la Haute-Garonne est celui de notre sympathique confrère, M. Dubuisson. Pour ne pas blesser sa modestie, je ne m'étendrai pas sur ses mérites. Vous savez comme moi que, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, il fut appelé à organiser l'asile de Dury, près Amiens, que les ouvriers n'avaient pas encore complètement livré ; puis, en raison des services signalés qu'il avait rendus, il fut appelé à la direction de l'asile de Braqueville. Le Congrès de Toulouse, pour bien lui marquer en quelle haute estime il tient son caractère et ses travaux, m'a fait l'honneur de me l'adjoindre au bureau en qualité de vice-président. Au nom de tous mes confrères, je porte un toast à M. le Dr Dubuisson, médecin-directeur de l'asile de Braqueville, vice-président du Congrès de Toulouse.

Notre collègue est heureusement secondé par un médecin adjoint distingué, laborieux, curieux des recherches scientifiques,

— ce qui le met en garde contre la chimère. Toutes ces heureuses qualités, vous pourrez les apprécier dans les communications que M. Anglade nous apportera, et qui dénotent un esprit très positif et un clinicien sagace. Je souhaite de tout mon cœur, à notre jeune confrère, de trouver toutes les satisfactions que lui mérite son travail, et je bois à ses succès.

Au-dessous des médecins, mais les secondant dans leur pénible tâche, il y a toute une légion de serviteurs fidèles et dévoués, religieuses, surveillants, infirmiers et infirmières, qui, pendant tout le cours de l'année, sont à la peine — et à une peine non sans péril. Permettez-moi, en ce jour de fête, de les appeler à l'honneur, et je suis sûr que je recevrai votre unanime approbation en portant un dernier toast au personnel médical secondaire de l'asile de Braqueville. »

De multiples applaudissements soulignent chacune des parties de ce discours éloquent.

Succédant à M. Ritti, **M. Bourgeat**, l'un des membres de la Commission de surveillance de l'asile, exprime aux congressistes la satisfaction que ses collègues et lui ont éprouvée de se joindre à M. Dubuisson pour les recevoir. Dans un mouvement chaleureux, il associe les joies de la fête présente au souvenir des malheurs que de graves inondations ont, peu de jours auparavant, infligées au département de la Haute-Garonne, et il invite les assistants à joindre leur obole aux secours recueillis pour venir en aide aux victimes de ces inondations. Son appel est entendu, et la quête, aussitôt faite, produit une somme importante.

A ce moment, **M. Briand**, rappelant lui aussi la mémoire du Dr G. Marchant, propose qu'une couronne soit déposée, au nom du Congrès, sur la tombe où il repose, dans l'enceinte même de l'asile. La proposition de M. Briand a été réalisée.

Des toasts ont encore été portés par M. l'inspecteur général **Drouineau** au succès des Congrès à venir; par **M. Parant**, à Messieurs les membres de la Commission de surveillance de l'asile; par **M. Brocqua**, l'un de ceux-ci, au secrétaire général du Congrès; par **M. Régis**, qui, en sa qualité de Toulousain, se montre heureux du succès du Congrès de Toulouse. Ce que M. Régis ne pouvait dire, mais ce que tout le monde pensait, c'est que si le Congrès de Toulouse avait bien marché, ses organisateurs avaient eu comme modèle le Congrès de Bordeaux, organisé par lui, et que ce modèle leur avait été très précieux.

Voici enfin **M. Dubuisson** qui se lève. Il remercie d'abord des éloges qui lui ont été adressés, et dont il est à la fois très touché et très ému. Il remercie les congressistes de s'être rendus nombreux à l'invitation qui leur avait été adressée. Il remercie M. le Préfet, en qui il fait connaître un soutien puissant des intérêts de l'asile. Il rappelle que tous les prédécesseurs de M. Landard n'ont pas été comme celui-ci et ne nourrissaient pas à l'égard de Braqueville les mêmes sentiments, puisque l'un d'eux crut devoir abaisser au chiffre modique de 75 centimes le prix de journée alloué par le département pour les aliénés indigents, diminuant ainsi de près de 25,000 francs les ressources qui devaient leur être consacrées. Il compte, ajoute-t-il, que la bienveillance de M. le Préfet et du Conseil général rétablira l'ancien état de choses et permettra ainsi de continuer les travaux d'amélioration qu'on est en train d'exécuter. Enfin, rappelant les progrès faits depuis un siècle pour l'amélioration du sort des aliénés, alors qu'autrefois on mettait ceux-ci aux fers « pour leur rendre le bon sens », il constate que cependant d'autres progrès demandent à se réaliser, et qu'en ce qui concerne « le bel asile public de la Haute-Garonne, c'est à ceux qui en ont la charge de contribuer à le mettre à la hauteur des derniers progrès qui ont pour but d'améliorer la condition des malheureux déshérités de la raison. »

Sur ce discours, vivement applaudi, la réunion prit fin ; il était environ deux heures. Les congressistes, enchantés de leur matinée, mais obligés de partir pour continuer de suivre le programme de la journée, s'élancèrent à l'assaut des omnibus qui le matin les avaient amenés à l'asile et qui devaient leur servir encore pour la visite à faire aux principaux monuments de Toulouse.

B. VISITE DES MONUMENTS DE TOULOUSE

Nous ne pouvons dire que brièvement ce que fut cette visite. Les monuments de Toulouse dignes d'intérêt sont nombreux et d'une grande importance. Vu le peu de temps dont on disposait on ne pouvait accorder à chacun d'eux que peu d'instants.

Mais cependant combien fructueuse fut cette rapide visite ! Ah ! c'est que les congressistes avaient la bonne fortune d'être dirigés par **M. Cartailhac**, érudit fort distingué, connaissant Toulouse mieux que personne, son histoire et ses richesses, et excellant à les mettre en valeur. Nous avons dit déjà avec quelle bonne grâce charmante il s'était mis à notre disposition pour

nous diriger, et ceux qui l'ont suivi peuvent témoigner de l'affabilité avec laquelle, en dépit de la chaleur et de la fatigue, il n'a cessé de leur donner toutes les indications, tous les éclaircissements nécessaires.

Une notice substantielle, rédigée par lui, servait en quelque sorte de thème à la visite.

Notre cicerone nous conduisit successivement à l'hôtel d'Assézat, bijou de la Renaissance, dont le legs d'un généreux donateur, M. Ozenne, a fait récemment le palais des principales sociétés savantes de Toulouse; à la Dalbade et aux deux beaux hôtels qui l'avoisinent, dont l'un est dit la Maison de Pierre; aux hôtels de Béringuier-Maynier et du Tournouer. — De là on alla faire station à la cathédrale Saint-Etienne, dont certaines parties remontent au onzième siècle. Puis on se rendit au Musée, dont le cloître est une des merveilles du Midi.

Là, au milieu du charmant parterre qu'encadrent admirablement les galeries du cloître, on trouva un peu de la fraîcheur qui manquait dans le reste de Toulouse, et l'on se complut à goûter un instant de repos. Le secrétaire général se crut même en droit de faire appel à la caisse du Congrès pour offrir des rafraîchissements ardemment désirés. Ce fut naturellement une occasion de porter quelques toasts de circonstance, notamment à M. Cartailhac, qui les méritait bien, et qui fut l'objet de nos acclamations enthousiastes.

Après le Musée, deux monuments retinrent assez longuement les visiteurs : l'église Saint-Sernin et la collégiale Saint-Raymond, avec son musée riche en trésors toulousains.

Il y aurait eu encore à visiter les Jacobins et l'hôtel Bernuy, mais l'heure était trop avancée pour qu'on ait pu réaliser le programme en son entier.

Dans chaque station, devant chaque monument, M. Cartailhac en faisait connaître succinctement les origines, l'histoire, les qualités principales, les détails qui méritaient le plus d'attirer notre attention, et ce qu'il nous disait était si intéressant et si bien dit, que son auditoire avait grand soin de n'en rien perdre.

En somme, visite rapide, mais fructueuse, complétant agréablement une journée bien commencée. M. Cartailhac avait droit à nos remerciements, qu'on ne lui a pas ménagés en se séparant de lui vers six heures du soir.

SÉANCE DU JEUDI 5 AOUT (MATIN)

Présidence de M. RITTI.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

L'ordre du jour comporte :

1° Le choix du siège du Congrès pour l'année 1898 ;

2° L'élection du président et du secrétaire général ;

3° Le choix des questions à mettre à l'ordre du jour ;

4° La nomination des rapporteurs.

Les résultats des votes sur ces divers points ont été précédemment indiqués. (*Voir aux préliminaires*).

Sur ces entrefaites, le Congrès reçoit un télégramme ainsi conçu :

Toulouse, de Moscou.

Monsieur le Président du Congrès des aliénistes,

Neurologistes et aliénistes de Moscou envoient salut fraternel au Congrès des aliénistes français, et espèrent avec joie les recevoir au Congrès international de Moscou.

Ksjmnikoff, Korstkoff, Roth, Bajenoff, Tokarski, Korniloff, Schataloff, Idanoff. Serbsky, Soukhanoff, Bernst, Rybakoff, Rosalimo, Strelzoff.

Ce télégramme est accueilli par des acclamations chaleureuses, et l'on décide d'y répondre immédiatement par un autre télégramme ainsi conçu :

Docteur Stretzoff, Moscou.

Aliénistes et neurologistes français, en Congrès à Toulouse, remercient vivement leurs confrères russes et souhaitent grand succès au Congrès de Moscou.

Ritti, Brissaud, Dubuisson, Parant, Em. Noguès, Anglade, Thibaud, Parant fils, Doutrebente, Bézy, Arnaud ; — membres du bureau et rapporteurs.

La parole est ensuite donnée à **M. Auguste Voisin**, qui communique en son nom, et au nom de **M. Lœve**, interne de son service, une observation intitulée : ***Méningite enkystée hémorragique traitée avec succès par la craniectomie.***

Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans qui vint, en 1895, à la Salpêtrière, se plaignant d'une céphalée atroce dans le côté gauche de la tête.

A cette céphalée, qui durait depuis trois ans, se joignaient des attaques convulsives avec chute à terre, de la déviation de la langue à gauche, de l'hémiparésie droite, et la résultante : des idées de suicide.

Plusieurs médecins avaient posé le diagnostic d'hystérie et rattachaient à cette névrose tous les troubles observés.

En janvier 1896 survint une phase aiguë avec température élevée, céphalée intolérable, puis prostration.

Cette période aiguë fut de courte durée ; mais les vomissements, la céphalée persistaient, l'inanition menaçait la vie du sujet, et M. le Dr A. Voisin se décida à faire opérer cette malade.

Le 19 mars 1896, M. Péan fit une craniectomie à la région temporo-pariétale gauche : 10 centimètres de tissu osseux dans le sens A. P., 7 centimètres dans le sens vertical furent enlevés.

La dure-mère bombait : une ponction fit jaillir un jet de liquide de 22 à 25 centimètres de haut.

La dure-mère incisée, un lac séreux fut trouvé, occupant une loge de 4 centimètres de diamètre dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, loge bordée par des fausses membranes.

La dure-mère, dans ce que l'on pouvait en voir, était doublée à sa face interne d'une couenne grisâtre de 0m002 d'épaisseur.

La pie-mère était opaline, on voyait de grosses veines.

L'amélioration fut immédiate : céphalée gauche, hémiparésie et vomissements cessèrent, idées de suicide disparurent, et, le 15 juillet 1896, on pouvait considérer la malade comme complètement guérie.

Mais une nouvelle phase allait s'ouvrir dans l'histoire de cette jeune fille.

Vers la fin de septembre, elle commençait à éprouver des tiraillements douloureux dans le côté droit de la tête, côté jusque-là à peu près indemne.

La douleur ne fit qu'augmenter de jour en jour, durant par-

fois quelques heures, parfois des journées entières, et, vers la fin de mars 1897, la malade souffrit jour et nuit.

Le maximum d'intensité siégeait à 5 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille. C'était une sensation de déchirure atroce, sensation plus terrible encore la nuit, à tel point que la malade était obligée de se lever.

Des idées de suicide apparurent de nouveau et, dans le courant de mars, la malade essayait de se tuer en absorbant de l'eau phéniquée. Un lavage stomacal pratiqué immédiatement fit avorter cette tentative de suicide.

Les vomissements d'aliments réapparaissaient également et devinrent rapidement quotidiens. L'examen systématique de la malade donnait les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique ; mère de constitution faible (privations), morte d'hémorragie au moment de l'accouchement.

Antécédents personnels. — Élevée au biberon ; a marché vers quinze mois ; ganglions à huit ans ; fièvre muqueuse à dix ans ; rhumatismes vers quinze ans.

Taille ordinaire ; pas de stigmates de dégénérescence, sauf du côté des oreilles, dont l'une, la gauche, est en conque.

Système pulmonaire indemne.

Cœur, vaisseaux en bon état.

Système osseux : pas de déformations rachitiques ni syphilitiques, pas d'épaississement des os longs.

Peau : pas de stigmates.

Système digestif normal.

Système génito-urinaire : règles régulières réapparues deux mois après la première intervention et deux mois après la deuxième.

La vessie donne une note toute spéciale.

La malade, depuis février, n'urinait plus seule. Elle avait eu, sans causes appréciables, des accidents de cystite hémorragique auxquels firent rapidement suite des phénomènes de rétention tels que des sondages journaliers s'imposèrent. Les urines, qui ne contenaient ni sucre ni albumine et dont la quantité ne dépassait pas à ce moment 75 centilitres, devinrent troubles, et de fréquents lavages vésicaux furent faits pour remédier à cet état de choses.

Or, tous ces accidents s'étaient déjà montrés quelques mois avant l'opération pour disparaître après elle.

Appareils sensoriels : goût, odorat, ouïe, normaux.

L'examen de la vue, pratiqué par le Dr Émile Berger, ne montre rien de spécial. Enfin, l'étude du système nerveux ne décèle pas d'hystérie.

Comme traces de l'état antérieur qui nécessita la première intervention, la malade ne présente plus qu'une légère déviation de la commissure labiale à gauche et une légère déviation de la langue à gauche.

Plus de parésie, plus de troubles de la parole.

Force dynamométrique aux deux mains : 25 kilos.

Nous étions donc en présence d'une malade sans trace de syphilis ni de brightisme, atteinte de céphalée atroce nettement localisée; vomissements quotidiens; rétention d'urine; voulant se suicider. Une première opération avait montré l'existence d'un lac rempli de liquide séreux sous pression. L'hypothèse d'une lésion analogue n'avait rien d'illogique. Une opération que le succès d'une intervention antérieure semblait devoir justifier fut décidée, et de nouveau, la malade fut opérée le 10 avril 1897 par M. Péan.

Intervention du côté droit.

Large incision curviligne à concavité dirigée vers l'oreille, coupant perpendiculairement dans son tiers extérieur la suture fronto-pariétale. Longueur de l'incision, 30 centimètres.

Trépanations successives à l'aide de la fraise; résistance considérable due à de l'ostéite condensante; os beaucoup plus dur qu'à l'état normal; emploi de la scie, de la gouge et du maillet pour retirer les ouvertures.

Enlèvement d'une plaque osseuse : difficulté extrême en raison même de l'épaisseur, 0m008[1], et de la dureté du tissu osseux.

Ablation de 13 centimètres d'os dans le sens antéro-postérieur et de 10 centimètres dans le sens transversal.

Régularisation des rebords osseux, puis incision de la dure-mère.

On constate alors une « congestion aiguë considérable » de

1. L'os d'un adulte de trente ans a 0m006.

la pie-mère. La pie-mère est noir violet; c'est plus que de la congestion, c'est une apoplexie véritable; l'infiltration sanguine est énorme, elle est ancienne; elle siège au milieu de la région temporale; en avant, elle dépasse les limites de l'ablation osseuse et avance sur les première et deuxième frontales; en arrière, elle s'arrête peu à peu, à 2 centimètres en avant de la limite postérieure de l'ouverture cranienne.

Peu de liquide céphalo-rachidien, sauf en arrière où il y a congestion et dilatation des vaisseaux.

Pincement des petits vaisseaux.

Suture de la dure-mère par un surget au catgut, sans accolement complet des deux lèvres.

Drain à la partie la plus déclive fixé par un crin de Florence; suture de la peau par surget.

Pansement.

Les suites de l'opération furent simples. Aujourd'hui, la malade est complètement guérie.

Elle engraisse, et du 10 mars au 27 juillet, a augmenté de 8 kil. 500.

Ajoutons toutefois qu'en se baissant elle éprouve dans la tête une sensation de pesanteur douloureuse durant dix minutes, sensation qui persiste beaucoup plus longtemps quand la malade est restée penchée en lavant du linge ou en repassant.

Cette observation me semble intéressante :

1° En raison de l'étendue et de la gravité des deux interventions;

2° En raison de l'analogie des manifestations symptomatiques et de la différence absolue des lésions constatées dans le cours des deux interventions;

3° En raison de cette rétention d'urine persistante survenue dans le cours des deux phases de la maladie, rétention qui disparut immédiatement après chaque intervention.

M. Charpentier : « La saillie des méninges à travers la plaie, dont parle M. A. Voisin dans l'observation qu'il vient de nous lire, me rappelle un cas curieux dont je n'ai pas vu d'autre exemple. Il s'agit d'un débile adulte qui présentait une perforation congénitale de l'os pariétal gauche au niveau du trou pariétal, nettement circulaire et du diamètre d'une pièce

de deux francs. Les téguments normaux n'offraient pas d'adhérences, et les cheveux étaient conservés; il n'y avait aucune induration ni atrophie osseuse: c'était un débile, sans troubles musculaires, ni de la sensibilité; il offrait pour toute particularité de ne pouvoir ouvrir un œil sans fermer l'autre; il avait des accès de fureur de quelques jours et aussi des périodes de deux à cinq jours pendant lesquelles il refusait de manger; il présentait aussi des attaques épileptiques rares, mais que nous n'avons pu constater personnellement. Pendant la durée de ses accès de fureur, nous avons constaté la turgescence des méninges qui, à travers la perforation, venaient soulever les téguments et former une tumeur assez résistante, mais liquide. Nous avons tenté une fois d'exercer une pression sur cette tumeur, mais la production de mouvements convulsifs nous fit redouter une attaque sans modifier la fureur, et nous n'avons pas tenté de répéter l'expérience; la tumeur se formait également pendant les attaques épileptiques, d'après les renseignements.

Nous ne savons ce qu'est devenu ce sujet, qui fut transféré dans un asile de province.

A propos de ces chroniques à manifestations délirantes, furieuses ou convulsives, de durée transitoire, nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de tenter une ponction intra-cranienne; c'est ainsi qu'ont agi les oculistes dans les débuts opératoires du glaucome, en ponctionnant un peu au hasard avant de régulariser l'opération et les indications opératoires.

MM. Maurel et **Secheyron** présentent une fillette nouvellement née qui a été apportée dans le service de M. Secheyròn environ une heure et demie après sa naissance. Cette enfant est microcéphale à un degré extrême; elle est née de parents bien conformés; elle a un frère aîné dont le développement est normal.

Au moment de sa naissance, elle portait à la partie supérieure du crâne, au niveau de la région inter-pariétale, en avant de la pointe de l'occiput, une tumeur molle, comme spongieuse, légèrement aplatie, et ayant à sa base, entre son enveloppe et la peau du crâne, une séparation bien nette. Elle était reliée par un pédicule qui paraissait s'enfoncer dans l'encéphale. La pres-

sion qu'on y exerçait paraissait douloureuse, surtout en arrière et à gauche; il en résultait des mouvements réflexes, de la contracture de la face exprimant la douleur, des mouvements de raideur tétanique dans la nuque et dans le dos.

La tête avait une forme aplatie ; le front était renversé en arrière ; les frontaux et les pariétaux étaient réduits d'étendue ; les sutures étaient larges ; les fontanelles antérieure et postérieure paraissaient faire défaut, ou du moins la postérieure semblait remplacée par un espace donnant issue à la tumeur. Les globes oculaires étaient en exophtalmie.

L'enfant n'avait pas d'autres malformations apparentes. La circulation était normale ainsi que les fonctions digestives. Elle s'est mise à téter avec avidité. Elle ne poussait pas de cris et paraissait plutôt assoupie.

M. Secheyron enleva cette tumeur le lendemain de la naissance. Avant de l'enlever, il constata qu'elle avait diminué de volume. L'opération se fit sans difficulté.

Les suites en furent simples et bonnes.

Au moment où l'enfant a été présentée devant le Congrès, la pièce n'avait pas encore été examinée au microscope. Mais M. Daunic, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, à qui elle avait été confiée, pensait qu'il s'agissait d'un angiome kystique.

M. Rey, en son nom et au nom de **M. Boinet**, fait une communication sur : *Les troubles psychiques dans l'intoxication palustre.*

Il expose les résultats des observations que M. Boinet et lui ont personnellement recueillies au Tonkin, au Brésil, dans les hôpitaux et à l'asile d'aliénés de Marseille, où sont internés des militaires provenant de nos colonies de l'Extrême-Orient, du Soudan, du Sénégal, de Madagascar, etc., champs d'observations par conséquent des plus fertiles pour l'étude des rapports de l'impaludisme avec l'aliénation mentale.

Les faits qu'ils ont enregistrés sont très nombreux ; mais ils appuient particulièrement leur opinion sur les cas qu'ils ont personnellement étudiés, et ceux où les certificats d'origine et les rapports souvent détaillés des médecins de la marine et de

l'armée établissent nettement l'étiologie palustre des troubles intellectuels.

Il s'agit, le plus souvent, de soldats des corps expéditionnaires, de l'infanterie de marine et de marins n'ayant, pour la plupart, aucun antécédent morbide ni d'habitudes alcooliques. Dans certains cas où les sujets présentaient des tares héréditaires et individuelles, notamment chez les individus provenant des pénitenciers militaires d'Algérie, des compagnies de discipline ou de la légion étrangère, on a pu quelquefois suivre, dans les manifestations délirantes, ce qui revient à l'intoxication palustre et ce qui revient à la dégénérescence mentale.

Voici les caractères principaux des états mentaux liés à l'impaludisme :

Tantôt le délire éclate au cours de l'accès fébrile. C'est alors un délire mélancolique avec agitation, hallucinations de l'ouïe et de la vue, terreurs, impulsions au suicide et à l'homicide.

Ces désordres mentaux peuvent être transitoires et disparaître même avant la guérison de l'accès palustre. On a vu aussi des malades succomber au cours de cette période, offrant alors tous les caractères du délire aigu.

Le plus souvent, ces troubles intellectuels apparaissent à la période de déclin des manifestations palustres. Ils affectent, de préférence, la forme mélancolique avec idées de persécution, troubles sensoriels. D'autres fois, c'est un état de stupeur; dans les cas les plus légers, c'est un état de dépression mélancolique simple.

Il importe de noter des fugues inconscientes chez un grand nombre de ces malades.

Ces différents états sont le plus souvent curables et s'améliorent assez rapidement sous l'influence d'un régime tonique et de l'hydrothérapie.

On observe parfois l'évolution des troubles intellectuels vers la chronicité et la démence, mais sans qu'on puisse l'attribuer à des formes particulières ou à l'intensité des fièvres.

On ne doit pas tenir grand compte des faits où l'intoxication palustre a précédé de plusieurs années l'apparition des troubles intellectuels; mais on peut dire que le délire se montre assez fréquemment dans l'intoxication chronique. Il affecte ici encore la forme dépressive, mais avec tendance à la chronicité.

Il est des cas où l'intoxication palustre n'agit que comme cause déterminante. Ces faits s'observent surtout chez les sujets provenant des pénitenciers militaires, de la légion étrangère, où la dégénérescence se manifeste déjà par des tares physiques et par des actes qui les ont amenés devant les conseils de guerre. Il n'est pas toujours facile de découvrir ces prédispositions morbides; mais on peut souvent les déduire des états mentaux que présentent ces individus; ce sont alors plus particulièrement des états maniaques avec excitation et prédominance du délire ambitieux alternant avec des périodes de dépression. Il faut noter surtout, dans ces cas, la fréquence des actes impulsifs. On a pu quelquefois déterminer ce qui appartient à l'intoxication palustre et ce qui appartient à la dégénérescence. Cette double action a été manifeste chez un fusilier disciplinaire venu du Sénégal, et traité d'abord à l'hôpital militaire de Marseille pour fièvres et cachexie palustres. Entré à l'asile d'aliénés de Marseille, il offrait tous les caractères de ce délire mélancolique observé dans l'intoxication aiguë. Il guérit. Réintégré plus tard à la suite d'un délit, et après une ordonnance de non-lieu, il n'a présenté que l'état maniaque avec l'allure bizarre qui est particulière aux dégénérés.

Il est à remarquer qu'après une première atteinte le retour des accès fébriles ne s'accompagne plus qu'exceptionnellement d'une récidive des troubles intellectuels, ou même d'une exacerbation délirante, quand le malade est encore aliéné. C'est du moins ce qui a été observé chez un grand nombre de malades, tant à l'asile de Marseille qu'à l'asile d'Aix, où se trouvent des sujets originaires des régions à malaria, de la Corse, de l'Algérie et de la Camargue.

L'intoxication palustre ne s'accompagne pas seulement d'états vésaniques simples, mais aussi des accidents cérébraux et médullaires offrant tous les caractères de la paralysie générale. Il existerait une pseudo-paralysie générale d'origine palustre. M. Rey en a observé un cas au Brésil, chez une femme qui avait contracté des accès pernicieux dans la région des Amazones, et qui, quelques mois après, fut prise de troubles intellectuels avec troubles de la motilité et de la parole. La médication quinique à haute dose et l'hydrothérapie amenèrent assez rapidement la disparition de tous ces désordres.

Il ressort des recherches de MM. Rey et Boinet que l'intoxication palustre aiguë ou chronique s'accompagne fréquemment de troubles intellectuels ayant surtout un caractère dépressif, et d'états délirants analogues à ceux qu'on voit éclater à la suite de différentes intoxications.

L'aliénation mentale peut survenir en dehors de toute prédisposition du sujet ; mais on ne peut nier que les héréditaires, les individus surmenés par les excès, les fatigues physiques et morales, ne soient plus particulièrement exposés à cette complication.

Il y a lieu d'admettre que la folie est liée le plus souvent à l'intensité des désordres produits par l'hématozoaire de Laveran, aux formes graves de l'intoxication palustre. De là, la plus grande fréquence de cette complication dans les pays intertropicaux, dans l'Extrême-Orient, au Sénégal, à Madagascar, que dans certaines régions à malaria de l'Algérie, de la Corse et du littoral méditerranéen.

En terminant, MM. Rey et Boinet se demandent s'il n'y a pas lieu d'assimiler ces désordres intellectuels, au moins dans les cas graves, aux infirmités contractées en campagne, et de faire bénéficier les militaires et marins qui en sont victimes des avantages d'une réforme avec pension ou d'une gratification renouvelable.

M. Régis : « J'ai observé, comme M. Rey, un certain nombre de cas de troubles psychiques d'origine paludéenne chez des individus ayant fréquenté les colonies, quelquefois même chez des habitants de nos contrées marécageuses.

Il ne faudrait pas croire, du reste, que ces troubles psychiques sont absolument rares, car Pasmanik, dans un travail récent et des plus intéressants, dit les avoir rencontrés 106 fois sur 5,412 cas de malaria, c'est-à-dire dans 2 °/₀ des cas.

Ce qui me paraît dominer l'histoire clinique de la psychose malarique, c'est qu'elle offre *tous les caractères des délires toxiques*, à ce point qu'il est difficile de la différencier de l'alcoolisme lorsque, comme cela est assez fréquent, les deux intoxications coexistent. Il y a là un nouvel exemple de ce fait général que je cherche à démontrer, à savoir que toutes les intoxi-

cations d'origine externe ou d'origine interne ont exactement le même type morbide[1].

Toujours est-il que le paludisme, comme l'alcoolisme, a sa confusion mentale hallucinatoire aiguë et subaiguë, sa stupidité, ses formes chroniques et même, ainsi que l'ont constaté M. Lemoine et M. Rey, sa paralysie ou sa pseudo-paralysie générale.

J'ai eu occasion d'observer récemment le cas émouvant d'un confrère qui, ayant contracté des fièvres intermittentes graves au cours d'un voyage en Algérie, fut pris à son retour de troubles délirants en même temps que d'accidents polynévritiques très douloureux, et, malgré tous les soins qui lui furent donnés, mourut dans un véritable état physique et mental de cachexie palustre.

Le pronostic des psychoses malariques est généralement beaucoup moins sérieux, cela va sans dire, et dans beaucoup de cas la quinine à haute dose, véritable spécifique, fait disparaître les accidents cérébraux comme les autres. J'ai vu notamment, avec le Dr Delaye, un malade offrant tous les symptômes du délire alcoolique aigu avec visions terrifiantes, craintes d'empoisonnement, agitation incoercible, qui fut guéri très rapidement par la médication quinique. Ce malade, qui n'avait jamais fait le moindre excès de boisson, était un paludéen, sujet, de temps à autre, à des accès fébriles.

M. Charpentier : « Deux points ont principalement fixé mon attention dans la communication de M. Rey :

1° La forme mélancolique du délire constatée chez ses paludéens, dont je suis tenté de rapprocher les phénomènes toxiques cérébraux, que des doses fortes ou trop prolongées de sulfate de quinine causent chez des sujets trop sensibles à son action ; ceux-ci se plaignent de ne pas pouvoir continuer la médication, disant qu'ils auraient craint de devenir fous ; ils avaient des bourdonnements d'oreilles, des hallucinations de l'ouïe, des visions terrifiantes, de la confusion mentale, de la torpeur cérébrale ;

2° La disparition complète d'accès de folie chez des paludéens à la suite de fièvre intermittente ; cela me rappelle l'apho-

1. Voyez Chabal, *Délires dans l'impaludisme*. Th. Bordeaux, 1897.

risme de Stolh, qui disait que les fièvres intermittentes avaient guéri des folies, et est à rapprocher de l'adage médical : *Febris accidens spasmos solvit.*

M. Lannois : « A propos de l'adage que vient de rappeler M. Charpentier, je ferai remarquer que ce n'est pas la fièvre, en tant qu'élévation de température, qui diminue les spasmes, mais probablement les toxines sécrétées par les microbes de l'affection fébrile. J'ai publié l'observation d'une épileptique dont les crises s'atténuèrent et disparurent transitoirement sous l'influence d'un érysipèle phlegmoneux de la cuisse, s'exagérèrent au contraire beaucoup pendant une fièvre typhoïde. Dans les deux cas, l'élévation thermique avait dépassé 40°.

M. Le Filliâtre demande si le paludisme, à lui seul, est bien capable de causer la folie, et si plutôt il n'agit pas, à titre de cause accessoire, chez des individus dégénérés, présentant déjà un terrain de prédisposition favorable.

M. Doutrebente demande à M. Rey si les malades qui ont été les sujets de ses observations ne provenaient pas de contrées de la France restées paludéennes, comme la Sologne, par exemple. Il ajoute que son embarras serait grand en présence de malades comme ceux dont M. Rey a parlé, si on lui demandait la cause de leur maladie, en vue de leur attribuer ou non une pension de réforme.

M. Rey répond que les malades soumis à son observation venaient de tous départements et de tous pays. Il cite, notamment, un malade, soldat d'infanterie de marine, originaire des Basses-Alpes, où le paludisme est absolument inconnu.

M. Auguste Voisin demande si M. Rey a fait l'analyse du sang et examiné la rate pour s'assurer de la présence des hématozoaires qui provoquent l'infection paludéenne.

M. Rey dit que cela a été fait surtout au moment des manifestations aiguës de l'intoxication palustre, et que M. Boinet a constaté la présence de ces hématozoaires chez les sujets qu'il a observés au Tonkin.

M. Cullerre dit qu'il habite une région marécageuse, qu'il

voit beaucoup de paludiques provenant de la Charente, et que cependant il n'a jamais observé de cas de folie reconnaissant nettement pour cause le paludisme.

M. Maurel pense qu'il convient de faire des réserves sur la question des rapports des troubles mentaux avec le paludisme. Il ne se rappelle pas avoir observé des troubles cérébraux continus survenus de cette manière, bien qu'il ait fort longtemps pratiqué la médecine dans des pays notoirement infectés par le paludisme, notamment à la Guyane, où les déportés sont, en grand nombre et dans les conditions les plus défavorables, exposés à cette intoxication. Il convient que les accès pernicieux, surtout ceux à forme cérébrale, peuvent s'accompagner de délire, ce qui est dû sans doute aux lésions des méninges qui sont très communes, et qu'il a eu souvent occasion de rencontrer dans plus de quatre cents autopsies qu'il a faites. Mais il a grand'peine à admettre que le paludisme simple puisse avoir les mêmes résultats. Il est porté à croire que, pour les cas que rapporte M. Rey, il faut, dans la genèse des troubles mentaux, faire une grande part à la dégénérescence, à l'intoxication alcoolique, peut-être aussi aux insolations. Enfin, il estime qu'au point de vue de l'attribution de pensions de réforme, point sur lequel M. Rey a insisté, ce serait imprudent d'exagérer l'influence du paludisme dans l'étiologie des troubles mentaux; on pourrait craindre, en effet, que cette conception ne conduisît à en accorder à des individus qui ne les ont réellement pas méritées.

Après cette discussion, la séance est levée à dix heures. Il eût été impossible de la prolonger davantage à cause de l'excursion qui devait se faire dans l'après-midi, à Carcassonne.

EXCURSION A LA VIEILLE CITÉ DE CARCASSONNE

Jeudi 5 août.

Comme l'a véridiquement fait observer M. Giraud, le secrétaire général du Congrès avait tenu à ce que les congressistes pussent arriver à se dire heureux, ayant vu Carcassonne. La compagnie des chemins de fer du Midi avait accordé une faveur exceptionnelle en admettant les congressistes à voyager en groupe, à prix réduit, dans des trains express. Cette faveur était d'autant plus appréciable, que si elle n'avait pas été accordée, l'excursion, eu égard au temps dont on pouvait disposer pendant le Congrès et à la distribution des trains omnibus, n'aurait pu avoir lieu.

La séance du matin avait dû être suspendue rigoureusement à dix heures, afin de permettre aux excursionnistes d'aller déjeuner.

A midi vingt, un groupe nombreux se trouvait à la gare, se rangeant autour de **M. Cartailhac,** qui devait être son guide. Le temps était beau, l'entrain était grand, et les deux heures et demie de route qu'il y avait à faire pour atteindre Carcassonne parurent vite passées au milieu de conversations agréables.

De la gare de Carcassonne à la vieille Cité, en dépit de la chaleur qui était un peu lourde, on s'était décidé à faire la route à pied, afin de mieux voir ce qu'il y avait à traverser, et l'on s'est arrêté ainsi quelques instants sur le vieux pont de l'Aude, d'où l'on a une vue d'ensemble très belle d'une partie des remparts de la vieille ville, et d'où la vue sur la rivière et ses alentours est charmante de tous côtés. Malheureusement le ciel était couvert et les nuages empêchaient de voir les montagnes qui font à ce pays un superbe fond de tableau.

A trois heures on était au bas de la rampe qui de l'Aude conduit au château, et à partir de ce moment chacun fut tout entier à l'admiration que provoquent les curiosités merveilleuses et très diverses de cet admirable monument, que des réparations soigneuses ont reconstitué à peu près tel qu'il était dans les temps déjà bien reculés où il avait été établi.

Après la visite du château on a fait le tour des remparts et l'on est descendu près de la porte Narbonnaise. Chemin faisant,

M. Cartailhac a prodigué les renseignements, les notices, les indications les plus intéressantes, qui ont rendu la visite extrêmement fructueuse en même temps qu'agréable.

Il était un peu plus de quatre heures lorsque cette première partie de l'expédition a été terminée. On avait besoin d'un instant de repos. La chaleur faisait sentir son influence accablante. Avant d'aller admirer d'autres merveilles, il fallait prendre de bonnes dispositions.

On s'arrêta donc dans une petite auberge, dite le *Cabaret du Jardin*, sans doute parce que dans l'enceinte étroite de la Cité, où presque tout le terrain a été attribué à des constructions, les jardins sont rares, et que l'on en trouvait là un, mais encore combien petit, suffisant cependant pour donner de la fraîcheur. Une collation y avait été préparée par les soins du secrétaire général. Des gâteaux et du vin de Limoux, de la couleur locale autant que possible.

Le vin de Limoux est le champagne du pays; il fait sauter les bouchons et pétille agréablement. On le boit avec plaisir comme on ferait d'une eau bien fraîche. Mais gare à l'imprudent qui ne saurait pas résister à l'entraînement d'en boire une trop grande quantité.

Comme le champagne, il délie les langues et fait naître les toasts. MM. Ritti, Cartailhac, Parant et Rey en ont porté tour à tour, les uns remerciant les organisateurs de l'excursion et surtout M. Cartailhac, les autres remerciant des remerciements qu'on leur adressait, et buvant aux congressistes et à l'heureux avenir des Congrès. M. Rey a parlé chaleureusement en faveur de la réunion projetée pour plus tard à Marseille. Son discours était en langue provençale; mais ce qu'il disait était si bien d'accord avec les sentiments des assistants que tous l'ont compris pour la circonstance. D'autres auraient pris la parole, mais le temps pressait, l'excursion n'était point terminée, et il fallait aller visiter l'église Saint-Nazaire, qui, plus encore peut-être que les vieux remparts, est l'ornement et la merveille de la vieille cité de Carcassonne.

On s'y est attardé plus que ne le comportait le programme. Ceux qui y sont passés ne sauraient s'en étonner tant c'est une œuvre admirable.

Toujours est-il que, l'heure pressant, on a dû renoncer à la visite rapide qui avait été projetée au Musée, où sont des monuments archéologiques fort curieux.

Quelques minutes seulement avant l'heure du départ du train

toute la troupe d'excursion était réunie à la gare, et à six heures on se remettait en route vers Toulouse.

On était peut-être un peu las de la marche et l'on eût été disposé plutôt à se recueillir qu'à parler. Mais un orage inattendu vint offrir au recueillement une diversion intéressante, un orage formidable, un orage de montagnes, avec des éclairs splendides qui se détachaient nettement, et avec une grande intensité, sur le ciel chargé de nuages lourds et épais. Deux heures durant, le ciel a fait tapage pendant que la pluie s'épandait en cataractes. C'était grand et beau !

En arrivant à Toulouse la pluie avait cessé, l'orage avait pris fin, et la journée se terminait dans un de ces soirs tempérés qui, pendant l'été, sont le charme du pays de Toulouse.

SÉANCES DU VENDREDI 5 AOUT

Présidence de MM. RITTI et DUBUISSON.

La séance du matin fut ouverte à huit heures et demie et close à onze heures ; celle du soir commença à deux heures et demie. Toutes deux furent remplies par les communications diverses indépendantes des communications qui se rapportaient aux trois questions spécialement mises à l'ordre du jour.

Au lieu de reproduire ici dans l'ordre où ils ont été présentés les mémoires apportés au Congrès, nous suivrons plutôt l'exemple qui nous a été donné par M. Régis pour le Congrès de Bordeaux, et nous les réunirons, autant que possible par ordre d'affinités, en deux groupes principaux : l'un concernant l'aliénation mentale, l'autre la neurologie.

I. — Aliénation mentale.

M. Anglade. — *Contribution à l'étude de l'Anatomie pathologique de la moelle épinière des aliénés*[1].

Le chapitre de l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale est certainement le moins riche de son histoire. On s'est borné généralement à faire quelques constatations microscopiques sur les cerveaux d'aliénés, à noter l'ischémie ou l'hypérhémie de l'organe, son ramollissement ou son induration, et, jusqu'à ces dernières années, on ne poussait pas plus loin l'examen, convaincu que les lésions intimes étaient inappréciables. Et cela était vrai, parce que les procédés d'investigation étaient insuffisants, parce qu'ils ne nous faisaient pas pénétrer assez loin dans l'intimité des éléments.

Mais cela n'est plus vrai aujourd'hui depuis que Golgi, à l'aide de puissantes imprégnations, nous a fait voir les éléments

1. Travail du laboratoire de l'asile de Toulouse. — Les préparations qui ont servi de base à ce mémoire ont été mises sous les yeux des congressistes.

cellulaires jusque dans leurs plus fines ramifications, depuis que le savant histologiste Ramon y Cajal, modifiant et contrôlant la méthode de Golgi, nous a fait suivre, à de grandes distances, les relations des éléments nerveux. Cela n'est plus vrai depuis que la méthode de Nissl nous a permis d'étudier, non plus les prolongements cellulaires, mais le corps cellulaire lui-même, le protoplasma, les granulations chromatophiles, le noyau et son nucléole.

L'anatomie pathologique du système nerveux tirera peut-être profit de cette révolution de l'histologie normale. Il convient, en tout cas, de la faire bénéficier des méthodes nouvelles. Qui sait si elles ne mettront pas en lumière ce que les vieux procédés avaient laissé dans l'ombre ?

Dans ce modeste travail, nous voulons seulement noter les constatations faites sur une partie importante du système nerveux des aliénés : la moelle épinière.

L'étude de la moelle des aliénés est encore à faire.

Je ne parle pas de celle des paralytiques généraux qui a été l'objet de travaux importants dans ces dernières années.

Sur la moelle épinière des aliénés, nous relevons cependant un travail du docteur R.-S. Steward. (Thèse de doctorat. Glasgow, 1886.)

Ce travail, qui repose sur vingt observations avec autopsie, fait ressortir combien les lésions médullaires de cette catégorie de malades sont inconnues; il insiste sur la nécessité d'explorer ce terrain. L'auteur s'attache surtout à l'examen des moelles de paralytiques généraux.

Depuis, on ne rencontre plus que quelques communications peu importantes et se rattachant indirectement au sujet qui nous occupe. Récemment cependant, M. Gilbert Ballet a communiqué une observation intéressante de démence avec lésions médullaires.

Notre examen a porté sur une série de quarante moelles d'aliénés recueillies au hasard des nécropsies.

Il ne nous importait pas seulement de connaître l'état de l'organe chez des sujets qui avaient présenté des symptômes médullaires; il nous importait surtout d'étudier la moelle des aliénés en général, y compris ceux qui n'avaient point attiré notre attention de ce côté.

Dans ces conditions, il faut s'attendre à trouver dans notre série des éléments divers qu'il convient de classer tout d'abord.

Rangeons dans une catégorie spéciale les moelles de paralytiques généraux. Par leur nombre et par l'importance des lésions, elles méritent bien cette mise à part pour une étude spéciale. Dans quatorze cas de paralysie générale observés, nous avons noté des altérations médullaires plus ou moins accusées; et ces altérations ne sont pas seulement intéressantes par leur fréquence, mais encore par le degré de systématisation qu'elles présentent. Partout, c'est le neurone moteur qui se montre atteint dans ses divers éléments : le faisceau pyramidal et la cellule radiculaire principalement.

Fréquemment, c'est, en même temps que le neurone moteur, le neurone sensitif, le cordon postérieur et les cellules de Clarke en particulier, qui participent à la dégénération.

C'est donc bien une étude spéciale, déjà faite en partie d'ailleurs, par des histologistes éminents, que méritent les lésions de la moelle des paralytiques. Un travail d'ensemble sur ce sujet a été entrepris, sur nos indications, par un interne de l'asile.

Déduction faite de ces quatorze cas de paralysie générale, il nous reste donc vingt-six moelles d'aliénés, parmi lesquels nous retrouvons des formes mentales diverses : de la lypémanie, de la manie, de la démence et même de l'épilepsie.

Disons tout de suite un mot des constatations faites sur les moelles d'épileptiques.

Habituellement plus volumineuses que chez les autres sujets, elles sont aussi plus consistantes et durcissent plus rapidement par les procédés ordinaires. L'examen microscopique ne nous a révélé de lésions notables que dans un cas sur trois. Il s'agissait d'une épilepsie traumatique dont l'observation sera communiquée au Congrès avec les pièces anatomiques. Un traumatisme ancien, avec fracture de la table interne du crâne, avait amené la destruction d'une grande partie du lobe frontal en avant des zones motrices; comme conséquence, de l'épilepsie et de l'aliénation mentale.

Dans la moelle, et exclusivement dans la région cervicale, durcie et fixée par la méthode de Marchi, modifiée récemment par Marinesco, on peut voir une dégénération des cordons posté-

rieurs, occupant le centre de ce cordon et intéressant par conséquent à la fois le faisceau de Burdach et le cordon de Goll dans leur partie moyenne. La lésion n'a pu être suivie au delà du bulbe. Les cellules radiculaires, colorées au picro-carmin, ne semblent pas altérées. Il serait intéressant de savoir s'il existe une relation entre cette dégénération médullaire et la destruction profonde du lobe frontal.

Après avoir écarté celles des épileptiques, il nous reste vingt-trois moelles d'aliénés. Mais il nous faut encore faire des classements et des éliminations. Parmi ces vingt-trois aliénés, il se rencontre douze déments organiques, frappés d'une lésion centrale à un moment quelconque de leur existence, et dont cette lésion centrale a retenti, par voie de dégénération secondaire, sur la moelle.

Les aliénés sont prédisposés aux hémorragies cérébrales, aux ramollissements cérébraux : les dégénérations médullaires qui en résultent nous ont paru obéir aux lois générales qui les régissent. Cependant, nous devons constater, en passant, que ces dégénérations secondaires ne se sont pas toujours montrées en rapport avec l'intensité de la lésion centrale. Tel sujet, avec des foyers capsulo-lenticulaires anciens, n'a présenté que des dégénérations pyramidales peu accusées ; tel autre, au contraire, dont un faisceau pyramidal était fortement atteint, présentait une lésion centrale tellement peu apparente qu'elle n'a pu être reconnue. Mais il n'y a là encore rien qui ne puisse s'observer chez des sujets autres que des aliénés.

En tout cas, on ne peut rapprocher les moelles provenant de tels sujets, de celles d'aliénés qui sont demeurés indemnes de toute tare apoplectique. D'ailleurs, il serait le plus souvent difficile de fixer ce qui, dans la lésion, dépend de l'aliénation mentale, ou relève exclusivement de l'accident apoplectique.

Cette élimination faite, nous nous trouvons en présence de dix-sept moelles de vésaniques francs. Ceux-ci n'ont pas présenté, à deux exceptions près, des symptômes médullaires de leur vivant.

Un mot seulement des deux exceptions. Il s'agissait, dans un cas, d'une malade qui est restée quatre ans à l'asile dans un état de stupeur profonde avec raideur tétanique des muscles du cou et des membres supérieurs. Pendant quatre ans, les fonc-

tions de nutrition et de relation étaient pour ainsi dire enrayées; l'intervention médicale a été nécessaire pour assurer l'alimentation. L'observation de cette malade se trouve relatée dans la thèse de M. Lautier, ancien interne de notre asile. La forme mentale était anormale et les diagnostics de stupeur hystérique, d'état cataleptique, de stupeur mélancolique vulgaire furent successivement posés.

A l'autopsie, nous n'avons pas constaté de lésion du cerveau. L'écorce, les noyaux et les enveloppes étaient intacts. La méthode de Golgi, appliquée à ce cas, nous a montré de belles cellules pyramidales riches en dendrites. La moelle, par contre, présentait à la région cervicale moyenne un renflement assez considérable. Le volume de la moelle se trouvait modifié dans une étendue de 3 centimètres environ. A la section, on ne distinguait plus ni substance blanche, ni substance grise, et le microscope nous montra, dans les coupes, une prolifération intense du tissu de soutènement. De la substance grise, il ne reste plus qu'un débris de corne antérieure. Il est impossible de se rendre compte du point de départ du processus. Peut-être, avec des coupes en série, parviendrons-nous à le saisir. Mais, d'ores et déjà, nous devons être surpris de ne trouver qu'une lésion de la moelle chez un sujet qui a présenté à la fois des symptômes médullaires et des troubles psychiques. Quel rapport existe-t-il entre cette lésion et le délire? Nous manquons d'éléments suffisants pour faire une réponse à cette question qui se pose tout naturellement.

L'autre malade, qui avait présenté des symptômes médullaires, était un ancien maniaque interné depuis 1864. Sa démarche était devenue difficile par défaut de coordination des mouvements, mais elle ne ressemblait pas à la démarche du tabétique. De plus, le malade avait présenté des déformations articulaires, une tumeur blanche du genou, des suppurations tuberculeuses au niveau des côtes, des métacarpiens, etc. Les membres supérieurs étaient libres dans leurs mouvements.

L'autopsie nous a permis de constater, à la partie moyenne de la moelle dorsale, une lésion destructrice mesurant, en hauteur, un centimètre et demi environ. La moitié postérieure de l'organe n'existe plus à ce niveau.

Ce qui reste de la moelle a la forme d'un demi-cercle, dans

lequel on ne distingue plus ce qui est de la substance grise ou de la substance blanche.

Au microscope, la sclérose apparaît intense et, partout, on voit une infiltration de cellules rondes, probablement d'origine inflammatoire.

Mais, dans ce cas encore, il n'est pas possible de saisir le point de départ de la lésion, encore moins de saisir par quel mécanisme elle s'est produite, puisqu'il n'y avait pas compression de l'organe.

Il nous reste à examiner neuf moelles. Elles proviennent de sujets qui, de leur vivant, n'avaient pas présenté de symptômes médullaires apparents et offrant un intérêt particulier.

Il est bien entendu qu'il s'agit d'aliénés non suspects de paralysie générale, sous quelque forme qu'elle pût se présenter. Nous insistons sur ce fait pour répondre à une objection qui se présentera naturellement à l'esprit : ne s'agissait-il pas de paralytiques généraux méconnus?

Eh bien, de ces aliénés francs, un nombre relativement important a présenté des lésions manifestes, intéressantes à des points de vue divers, sur lesquelles nous allons maintenant insister avec les pièces à l'appui.

Dans six moelles sur neuf observées, nous retrouvons ces altérations. Elles intéressent la substance blanche et la substance grise.

A. *Lésions de la substance blanche.*

Pour les mettre en évidence, nous avons eu recours à la méthode de Weigert, Pal, et à celle de Marchi modifiée par Marinesco.

Ajoutons que l'imprégnation par les sels d'argent, suivant la méthode de Golgi, de moelles dégénérées, révèle ces dégénérations, tout au moins les plus importantes, par une coloration brunâtre de la zone altérée. Disons, tout de suite, que cette imprégnation ne fait point ressortir les détails microscopiques de la lésion.

Déjà, après quelques jours de durcissement dans le bichromate d'ammoniaque, qui nous semble préférable au bichromate de potasse, s'est dessinée, dans les six cas dont nous parlons, une zone claire occupant le cordon postérieur. Cette zone, plus

ou moins étendue dans les divers étages de la moelle, se distingue très nettement. Le maximum de la lésion, cela apparaissait avec certitude dès la première semaine du durcissement, siégeait dans le cordon postérieur. Le microscope devait nous montrer qu'elle n'était pas limitée à ce cordon. Et, dans ce même cordon postérieur, le maximum de la lésion siégeait dans la région dorsale supérieure. De cette zone, comme centre, elle s'étend en haut jusqu'au bulbe. Nous ne l'avons pas suivie plus loin. En bas, elle arrive jusqu'aux premières racines lombaires.

Dans la région dorsale inférieure, l'altération des cordons postérieurs est moins accusée et diffuse, elle atteint simultanément le cordon de Goll et le faisceau de Burdach. A mesure que l'on remonte dans l'axe médullaire, cette altération se rejette en dehors, se dessine avec des contours plus nets. A un moment donné, dans la région dorsale supérieure, elle n'intéresse que le faisceau de Burdach. Plus haut, dans la région cervicale, le cordon de Goll, dans son tiers antérieur, est aussi manifestement lésé.

Ces lésions se voient à l'œil nu sur les coupes colorées au Pal. Dans tous les cas, elles ne présentent pas exactement la même topographie; dans tous cependant, elles tendent à se rapprocher de ce type.

Le cordon postérieur est toujours atteint et le plus atteint. Il est rarement le seul à l'être.

Des zones plus claires, que le durcissement n'avait pas rendues apparentes, le sont après coloration. Elles se voient dans la partie du cordon latéral qui avoisine la substance grise, dans celle du cordon antérieur qui est en contact avec la commissure grise.

En sorte que, dans la plupart des cas, exactement cinq sur six, la lésion ne s'est pas cantonnée dans le cordon postérieur. Elle environne la substance grise à la manière d'un manchon, interrompu seulement en avant. La substance grise tout entière, sauf la corne antérieure, est entourée de substance blanche dégénérée. Nous aurons à nous demander tout à l'heure ce que signifie cette localisation.

Telle est la topographie des lésions de la substance blanche examinées à l'œil nu, ou mieux avec l'objectif variable. Si nous pénétrons dans l'intimité de ces altérations, nous voyons qu'elles

sont constituées essentiellement par une raréfaction de la myéline. Un grand nombre de gaines ont disparu dans les zones claires. Les cylindres d'axe sont peu apparents, s'ils n'ont pas disparu.

Contrairement à ce qui s'observe dans les dégénérations secondaires, le tissu conjonctif ne remplace pas les tubes absents et n'enserre pas les tubes qui restent. Au niveau de la lésion, il existe des espaces restés vides après la disparition de la myéline et la sclérose n'est pas appréciable.

Autour des vaisseaux, il n'est pas rare d'observer la présence de nombreuses cellules rondes, indices d'une inflammation.

Les racines postérieures, dont la section se voit sur les coupes, sont le siège d'une altération identique à celle des cordons. Les tubes y sont plus rares et la myéline a disparu en partie.

B. *Altérations de la substance grise.*

Les altérations de la substance grise ne sont pas moins intéressantes que celles de la substance blanche. Avec la coloration simple au carmin, comme avec le Pal, ces altérations sont visibles.

Le pourtour du canal de l'épendyme est le siège d'un processus inflammatoire bien caractérisé. Les cellules qui tapissent la paroi de ce canal sont détruites et remplacées par une prolifération intense de cellules rondes. La substance grise, à une assez grande distance autour de ce canal, est altérée, atteinte par ce processus.

Mais la lésion capitale de la substance grise est celle qui frappe les éléments cellulaires.

Pour les bien voir, il faut faire appel à une méthode précieuse pour nous révéler les modifications de la structure interne du corps cellulaire, la méthode de Nissl.

Après un séjour de huit jours environ dans le formol à 5 % et l'alcool absolu, la coloration par les couleurs d'aniline, particulièrement par la fuschine, nous a donné d'excellents résultats [1].

1. Cette méthode a été perfectionnée. Nous employons aujourd'hui, pour colorer les cellules, la thionine et surtout le bleu polychrome d'Unna. Cette dernière coloration donne des résultats remarquables.

Ainsi, il est facile de se rendre compte que les cellules radiculaires antérieures, et surtout les cellules de la colonne de Clarke, sont profondément altérées; les unes et surtout les autres ont perdu leurs contours réguliers, leurs prolongements sont sectionnés.

Les granulations, normalement disposées en cercles concentriques dans l'intérieur de la cellule, autour du noyau, sont pour ainsi dire dissoutes, fondues en une substance homogène qui se colore plus fortement par la fuschine. Le noyau cellulaire, dont les contours sont aussi moins réguliers, déchiquetés, gagne la périphérie du corps cellulaire; il a disparu parfois.

Ces lésions cellulaires nous ont paru constantes. Dans quelques préparations, les cellules plus petites de la corne postérieure sont également altérées, au voisinage surtout du faisceau de Burdach.

Voilà donc une série de moelles dont les lésions offrent évidemment des ressemblances frappantes. Elles appartiennent exclusivement à trois mélancoliques, deux maniaques, auxquels vient s'ajouter un persécuté. Partout des lésions de la substance blanche et de la substance grise, et la prédominance de ces lésions dans les conducteurs de la sensibilité.

Car il faut remarquer que, surtout les fibres radiculaires provenant du ganglion spinal, celles qui, après un trajet dans la partie externe du faisceau de Burdach, viennent s'épanouir en corbeille autour des cellules de Clarke, que ces mêmes cellules de Clarke sont le centre de la lésion. Le neurome sensitif est-il frappé dans tous ses éléments? L'hypothèse est séduisante.

Nous n'avons pas la prétention de la justifier avec un si petit nombre de faits incomplètement étudiés.

En parcourant les observations des malades dont nous venons de décrire les lésions médullaires, nous sommes frappés de la fréquence de la tuberculose dans leurs antécédents. La plupart de ces aliénés étaient en même temps des tuberculeux, et ils sont morts des suites de la tuberculose.

Golscheider et Moxter ont observé des lésions médullaires, peu accusées il est vrai, chez des tuberculeux non aliénés. Mais il s'agit d'une constatation isolée et le chapitre des lésions de la moelle dans la tuberculose est à faire. Il est juste de constater

que les lésions que nous venons de décrire ressemblent, par certains côtés, à celles qui se rencontrent dans les myélites infectieuses.

Quoi qu'il en soit, à une exception près, ces malades étaient d'anciens tuberculeux. Mais il est juste d'ajouter que deux des trois autres malades, également tuberculeux et morts dans les mêmes conditions, examinés au même point de vue, ne nous ont pas présenté les mêmes lésions.

Il est possible que l'aliénation mentale place le système nerveux en général dans des conditions de réceptivité particulière vis-à-vis des agents infectieux ; qu'au lieu de présenter de la tuberculose du foie, par exemple, un aliéné présente de préférence, du côté de la moelle, sinon de la tuberculose proprement dite, du moins des lésions produites par les toxines tuberculeuses.

Il serait intéressant, en tous cas, de contrôler ces faits par l'expérimentation, et d'étudier, par exemple, la moelle des animaux tuberculisés par inoculation. Car il importe avant tout de faire, dans les lésions observées, la part de la tuberculose et de l'aliénation mentale.

M. Sabrazès, au sujet de ce mémoire, qu'il trouve fort intéressant, fait remarquer qu'un certain nombre d'altérations médullaires sont imputables à l'âge avancé des sujets, par exemple la réplétion du canal central par des cellules épendymaires.

MM. Vallon et Marie. — *Sur le délire mélancolique.*

Dans la mélancolie, les perceptions cénesthétiques sont essentiellement et primitivement perverties ou abolies ; dans ce dernier cas, les innombrables perceptions organiques inconscientes n'arrivent plus ou arrivent mal au sensorium, la synthèse mentale habituelle est détruite; il en résulte une impuissance de penser et de vouloir, une angoisse inexprimable que les malades traduisent par des plaintes significatives (ils sont damnés, ils ne peuvent plus vivre, on leur a pris leur cerveau, ils n'ont plus de corps).

Dépossédés de leur organisme, les malades se désignent eux-mêmes comme des automates, ils se croient le jouet des puissances infernales.

Un jeune homme qui se disait mort depuis deux ans ajoutait : « J'existe, mais en dehors de la vie réelle, matérielle, et malgré moi, rien ne m'ayant donné la mort. Tout est mécanique chez moi et se fait inconsciemment [1]. »

Un malade de Louyer-Villermay, cité par Cotard [2], décrivait son état dans les termes suivants :

« Je suis privé d'intelligence et de sensibilité ; je ne sens rien, je ne vois ni n'entends ; je n'ai aucune idée ; je n'éprouve ni peine ni plaisir ; toute action, toute sensation m'est indifférente ; je suis une machine, un automate incapable de sentiments, de souvenirs, de volontés, de mouvements. »

Ces mélancoliques assistent au courant des excitations sensorielles comme aux mouvements automatiques réflexes qui en sont les résultats, mais ils ne se reconnaissent pas auteurs de ces phénomènes qui se passent en quelque sorte en dehors d'eux et de leur participation volontaire. Ces opérations leur paraissent d'autant plus étrangères qu'ils sentent que la direction leur en échappe, et lorsqu'ils veulent encore agir par eux-mêmes, ils se heurtent à l'inhibition même qui les réduit à l'automatisme.

Enfin, comme l'a dit Cotard [3] : « De même que dans l'ordre des mouvements apparents il y a des paralysies, des convulsions, des contractures, etc., de même il peut se produire des troubles analogues dans les mouvements de ces membres intérieurs par lesquels nous remuons les matériaux de nos pensées et qui sont véritablement les organes de l'intelligence. »

C'est que « des réactions psychomotrices sont liées indissolublement aux images perçues » par une sorte d'imitation réflexe.

« Ces réactions motrices, faiblement adhérentes au moi, en raison de leur caractère automatique, quelquefois même incons-

1. Séglas, *Séméiologie et pathogénie des idées de négation.* (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1889, p. 19.)

2. Cotard, p. 394.

3. *Ibid.*, p. 420.

cientes[1] », peuvent s'en détacher tout à fait. Chez les mélancoliques religieux cette dissociation est particulièrement marquée.

« Au début, le malade peut avoir conscience de son état; mais il ne tarde pas à perdre la notion du caractère subjectif des troubles qu'il ressent, il se sent autre que par le passé, il trouve alors les choses extérieures également autres qu'elles ne sont[2]. » De là deux synthèses mentales contradictoires, l'une correspondant aux anciennes acquisitions, l'autre à la série des nouvelles perceptions anormales et des impulsions insolites subies en même temps.

Dès le principe, la mélancolie n'est donc que scission, dissociation de la personnalité.

L'homme, comme dit Leuret, y perd son unité; il connaît encore, mais en lui-même; quelque chose différent de son moi connaît aussi, il veut encore; mais le quelque chose qui est en lui a aussi sa volonté, il est dominé, il est esclave, son corps est une machine obéissant à une volonté qui n'est pas la sienne[3].

La scission peut atteindre plus ou moins profondément les différents éléments de la mentalité.

De là, toute une série d'intermédiaires entre les formes aiguës simples et les cas chroniques complets dont le délire systématisé secondaire de possession paraît le type.

Aux formes frustes et à l'état faible correspondent les malades hantés par des animaux; même dans ces cas on peut découvrir des troubles psychomoteurs atténués.

L'évolution ultérieure peut aboutir à la lycanthropie proprement dite, ou bien se transformer en possession vraie. Le malade découvre un jour que le serpent, par exemple, qu'il sentait dans son corps n'est qu'une forme prise par l'esprit malin pour pénétrer en lui[4].

Les lycanthropes eux-mêmes, d'ailleurs, attribuaient généralement leurs métamorphoses imaginaires à un sortilège diabolique.

1. Cotard, *De l'origine psycho-motrice du délire*, p. 422.
2. Séglas, *Les idées de négation*. (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1889, p. 9.)
3. Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*.
4. Dagonet, *Observations*, p. 238. (*Traité des maladies mentales*, 1876.)

Ce sont les malades d'un niveau mental inférieur qui en restent à cette conception délirante; l'extinction progressive de la personnalité les conduit seulement de l'idée d'animaux contenus dans leurs viscères à la zoanthropie. Ils finissent par personnifier l'animal qu'ils sentaient antérieurement coexister dans leur intérieur, ils conforment plus ou moins bien leur attitude et leurs mœurs à cette idée. Tous les auteurs anciens ou modernes ont rangé les zoanthropes à côté des démonomanes, avec lesquels ils offrent, on le voit, une analogie frappante.

Les phénomènes psychomoteurs s'observent, avons-nous dit, dans ces cas, bien qu'ils soient plus difficiles à mettre en lumière.

« L'excitation [1] motrice qui se manifeste visiblement dans l'habitude extérieure des anxieux agités se traduit souvent dans leur conscience par le sentiment d'une force irrésistible qui pousse ou qui arrête, d'un spasme douloureux qui paralyse comme le font les contractures et les crampes musculaires, ou encore par le sentiment d'un mouvement convulsif qu'ils ne peuvent dominer. C'est alors que se développent les idées de puissance infernale, de possession, de damnation...

« On doit à M. le Dr Séglas d'avoir démontré l'influence des impressions verbales, dites hallucinations psychiques, sur cette forme de délire. Les autres phénomènes impulsifs se comportent de même. Des malades à impulsions violentes se croient criminels, possédés, damnés ou changés en diables; d'autres, poussés à hurler et à mordre, se croient métamorphosés en loups.

« Les réactions inhibitoires qu'exercent les impulsions maladives sur les différentes régions de la série psychique se traduisent par l'idée d'une influence destructive sur les objets extérieurs, sur l'univers entier...

« Les états de dépression motrice simple avaient conduit le malade au doute et aux négations philosophiques et religieuses; les états d'exaltation inconsciente suggèrent la croyance aux êtres surnaturels. »

Un malade, dit Griesinger [2], se sent en proie à une tristesse profonde. Or, il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses; de plus, la loi de causalité exige que cette

1. Cotard, *Études sur les maladies mentales*, p. 426, année 1891.
2. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, 1865.

tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà : ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pendant quelque temps.

Aussi le délire a-t-il le caractère des tentatives que fait le malade pour *s'expliquer* son état. Il est secondaire, mais cette explication, le malade la tire fatalement des notions antérieurement acquises et du sens dans lequel son éducation a été arrêtée; de là l'intervention possible de préoccupations et de scrupules d'ordre religieux dans la recherche du pourquoi.

Bien que cliniquement secondaires, ces éléments du délire ont leur origine dans le développement même de l'intelligence du malade; aussi croyons-nous qu'ils ne constituent pas un élément indifférent et négligeable, d'autant moins qu'ils peuvent à leur tour réagir sur les désordres primitifs psychomoteurs en les accentuant. Ceux-ci en arrivent peu à peu à envahir la scène clinique au point de lui donner un cachet particulier que nous allons nous attacher à mettre en lumière.

Sous l'influence de l'éducation religieuse, le malade se livre à des examens de conscience minutieux, repassant dans sa mémoire ses moindres actes, en particulier ceux qui touchent à ses devoirs de piété. Cette tension de l'imagination dans un perpétuel *meâ culpâ* aboutit rapidement à la découverte de fautes plus ou moins puériles contre la morale religieuse.

C'est alors que le malade s'accuse d'avoir mal fait sa première communion.

La moindre entorse aux rites les plus accessoires des manifestations extérieures de la religion suffit à alimenter son délire, et le malade en arrive à découvrir ainsi dans son passé le plus lointain des motifs à la colère divine.

Dès lors il ne lui reste que l'expiation par la prière et les macérations, si même il en est temps encore! Mais voilà bien un autre motif d'angoisse: la prière lui est devenue impossible; l'inhibition sur laquelle nous avons insisté précédemment anéantit ses réactions volontaires et le condamne à l'impénitence,

L'aboulie et la résistance passive auxquelles il se heurte sont

extériorisées et attribuées à l'action répulsive des sacrements dont il essaie en vain de s'approcher.

Le doute ne lui est plus permis, il est en état de péché mortel, il est maudit, il est damné.

La conscience du changement produit dans l'individualité amène au début des efforts de réaction, des états anxieux; mais dès que les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent sentir, penser, agir autrement qu'ils font, que la lutte leur est impossible, cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination par une puissance supérieure, des idées de possession presque de règle chez les aliénés négateurs[1].

La dissociation ou la transformation de la personnalité sont alors très évidentes, et les malades les traduisent souvent eux-mêmes en disant qu'ils se croient doubles ou bien qu'ils sont changés en un être malfaisant, diable ou démon.

Mais si l'on remarque, comme dit justement M. Ribot[2], que la transformation absolue de la personnalité, c'est-à-dire la substitution d'une personnalité à une autre, complète, sans réserve, sans aucun lien avec le passé, suppose une transformation de fond en comble dans l'organisme, on ne s'étonnera pas de la rencontrer plus rarement et plus tardivement.

L'état de conscience actuel en évoque généralement un semblable, mais qui a un autre accompagnement: les deux peuvent paraître miens quoique se contredisant; selon que la scission est plus ou moins complète, tantôt le malade s'attribue la responsabilité de ses maléfices, tantôt refusant de s'assimiler les impulsions horribles qu'il sent naître en lui et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession.

Comme le dit M. Cotard[3] « il n'y a qu'une nuance entre les délires de culpabilité et de possession; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse, les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et tantôt comme possédés.

« Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une

1. Griesinger, *loc. cit.*, p. 55.
2. Ribot, *Maladies de la personnalité.*
3. Cotard, *Le délire d'énormité*. S. M. P., 26 mars 1880, et *Œuvres complètes*, p. 375.

intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux conceptions morbides.

« Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'Antéchrist.

« Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables ; s'ils mangent, le monde entier est perdu ; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. » Mais le plus ordinairement on peut observer le passage de l'un à l'autre de ces états; la scission, tout d'abord incomplète, s'achève avec le temps, et le malade primitivement possédé finit par ne plus faire qu'un avec le diable.

« Il faut signaler, disait déjà Esquirol[1], comme une variété de démonomanie l'état dans lequel certains aliénés, frappés des terreurs de l'enfer, croient être damnés. »

Ils ne sont pas comme les démoniaques actuellement au pouvoir du diable, ils ne voient pas, ne sentent pas des flammes, du soufre qui les dévorent, mais ils redoutent la damnation, ils sont convaincus qu'ils iront en enfer.

Ils s'imposent des mortifications plus ou moins outrées, plus ou moins bizarres pour prévenir leur destinée.

C'est[2] la damnomanie de Fodéré, la démonophobie de Guislain[3], par opposition à la démonomanie proprement dite.

Ces malades luttent encore, ils ne sont pas résignés et convaincus de la fatalité de leur sort; ce ne sont le plus souvent d'ailleurs que des mélancoliques religieux parvenus à une phase moins avancée d'une même évolution chronique.

Avant de se croire possédés, ils passent par une période de désespérance et d'inhibition où ils se croient abandonnés de Dieu et damnés.

Dès cette époque, ils se livrent à un délire palaingnostic qui atteint bientôt jusqu'à la notion première de leur origine.

Après s'être demandé si la damnation qu'ils sentent peser sur eux ne daterait pas d'avant leur première communion par exemple, ils peuvent en arriver à craindre, comme une de nos malades, d'avoir été omis dans la grande rédemption du péché

1. Esquirol, *Traité des maladies mentales.* Paris 1838, t. I, p. 517.
2. Fodéré. *Traité des maladies mentales.* Paris.
3. Guislain, *Traité sur l'aliénation* Amsterdam, 1826.

originel; la question ainsi posée, est résolue d'avance contre le malade.

D'autre part, recherchant avec persistance tous les griefs dont ils auraient pu se rendre coupables, ils passent mentalement en revue tous les méfaits que la religion poursuit de son anathème.

Mais l'intensité même des représentations mentales d'une chose redoutée fait qu'on en arrive à croire l'avoir faite, ou même qu'on passe à l'exécution de l'acte,

On a dit de l'état normal que penser c'était se retenir d'agir. Pour Setchenoff, c'est un réflexe réduit à ses deux premiers tiers. Se figurer un fait, c'est se le représenter mentalement, en quelque sorte se le mimer intérieurement, s'en esquisser à soi-même les mouvements[1].

Par suite de la perversion du sens interne et de la motilité, les résidus de ces pseudo-mouvements qu'on appelle idées sont méconnus dans la conscience malade, qui les prend pour faits accomplis, ou même y trouve une source d'impulsions involontaires d'où naissent des mouvements automatiques; de là des raptus qui se produisent alors que le malade est au plus profond de l'inhibition et de la stupeur angoissée.

Jusqu'ici, l'automatisme peut donc se réduire aux impulsions élémentaires (mutilations, suicides, etc.), l'obnubilation peut même prédominer encore, et les impulsions demeurer latentes ou à l'état naissant; le malade s'attribue seulement des méfaits imaginaires et se croit la cause de phénomènes réels accidentels.

Une mélancolique religieuse qu'on retrouvera plus loin croit qu'elle est cause de la folie de toutes ses compagnes d'asile.

Une démonopathe immortelle de Cotard[2], s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir comme un bélier les murs de l'église.

Les phénomènes impulsifs, en germes dans les formes communes de mélancolie, engendrent à l'état faible les idées de culpabilité et de damnation; ils s'accentuent à mesure que le moi déprimé, réduit ou annihilé, ne peut plus ni s'assimiler ni

1. Voir Binet et Féré, *Sensation et mouvement.*
2. Cotard. *De l'Hypocondrie, loc. cit.*, p. 405.

inhiber les excitations motrices qui viennent à se produire. De là les idées de possession diabolique.

Et de fait, les malades, après avoir perdu leur personnalité première, en arrivent logiquement à croire qu'ils personnifient le malin esprit, le diable, si les troubles psychomoteurs se caractérisent et prennent corps assez pour provoquer des associations dynamiques coordonnées dans le sens de cette obsession terrifiante.

Il n'y a plus alors seulement extinction et négation de la personnalité primitive, mais substitution d'une personnalité nouvelle tendant à effacer toutes traces de la précédente.

C'est, qu'en effet, il n'y a aucun point commun entre elles, mais au contraire opposition absolue et contradiction flagrante[1].

C'est même la condition essentielle de genèse pour ce qu'on pourrait appeler les réactions paradoxales. Plus le malade était religieux, observateur du culte et d'un caractère timide, plus le dynamisme inconscient né de ses scrupules et de son horreur du mal contrastera en réalisant les maléfices les plus redoutés.

Outre l'automatisme élémentaire que nous avons enregistré plus haut, on observera alors des réactions vraies, de véritables volitions par lesquelles les malades conforment leur attitude à la personnalité nouvelle née du délire et à la puissance malfaisante qui s'impose.

« Les anxieux à idée de damnation, dit Cotard[2], sont les malades les plus disposés au suicide. Alors même qu'ils se croient morts, ou dans l'impossibilité de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire; les uns veulent se brûler, le feu étant la seule solution, les autres veulent être coupés par morceaux et cherchent par tous les moyens possibles à satisfaire ce besoin maladif de mutilations, de destruction et d'anéantissement total. Quelques-uns se montrent violents envers les personnes qui les entourent; il semble qu'ils veuillent démontrer

1. Tandis que dans les délires religieux à systématisation primitive le dédoublement n'entame en rien la personnalité primitive, lá personnalité surajoutée vient au contraire à la rescousse (si l'on peut ainsi parler) de la personnalité première. Exemple : Théomanes. (Voir Séglas, *Annales médico-psychologiques*, janvier et juillet 1889, *loc. cit.*)

2. Cotard, *Délire de négation*, p. 326. *(Archives de neurologie,* 1882, pp. 11 et 12.)

qu'ils sont bien réellement les êtres les plus pervers et les plus dépourvus de sentiments moraux; souvent ils injurient, blasphèment; des damnés et des diables ne peuvent faire autrement. »

Mais, nous le répétons, l'extinction totale est rare, et le plus souvent à la personnalité initiale survivent des éléments qui entrent en lutte pendant un temps plus ou moins long, pouvant même retarder indéfiniment la substitution totale et le triomphe complet de la personnalité nouvelle.

C'est alors la dissociation de la personnalité, son dédoublement.

Le démonophobe s'est finalement transformé d'une façon insensible, mais le plus souvent définitive, en démonomane.

L'ancien damné est maintenant possédé jusqu'à ce que les séries d'impulsions réitérées et multipliées submergent tout vestige de l'ancienne personnalité et triomphent de ses dernières résistances.

L'automatisme s'élève alors graduellement aux mouvements les plus complexes, et en particulier à ceux de l'expression par la parole, la voix du démon finissant par se faire entendre seule pour blasphémer victorieusement.

Aussi est-ce à la recherche de ces impulsions verbales et de ce langage automatique que se ramène la suite de notre étude.

« Lorsqu'un homme, dit Albert Maury, est poursuivi par la crainte d'être damné, cette idée le préoccupe, c'est-à-dire qu'elle vient d'elle-même à la traverse de ses occupations intellectuelles. Le retour fréquent de cette crainte, qui prend sa source dans un sentiment développé naturellement par l'éducation, réagit constamment sur l'esprit et par contre-coup sur les nerfs sensitifs; notre homme craint de voir, d'entendre, de sentir le diable. Ses appréhensions agissent à son insu sur la partie encéphalique des nerfs sensitifs, et tout à coup, un beau jour, notre homme voit le diable en personne et entend son ricanement. Il ne méditait pourtant pas sur le diable, bien au contraire, cette idée lui faisait peur, il la fuyait, mais il n'en était pas moins sous l'empire de sa préoccupation qui s'attachait à cette idée[1]. »

1. Albert Maury, *le Sommeil et les Rêves*, p. 170, et *Annales médico-psychologiques*, t. V, 1845 et 1853.

Ce raisonnement s'applique d'une façon absolument identique aux réactions motrices qui font articuler automatiquement, des blasphèmes par exemple, aux mélancoliques à idées de damnation.

Ces phénomènes d'articulation mentale paraissent même le substratum essentiel des délires de possession ; nous verrons, dans les faits, qu'ils précèdent souvent les troubles sentoriels, non constants d'ailleurs.

C'est que la tendance de l'idée à devenir réalité est une source d'impulsions actives dans l'esprit, et que lorsqu'un objet cause de la frayeur, l'idée s'en imprime avec une intensité correspondante au degré de frayeur[1].

Il s'ensuit que les actions des malades se conforment à cette idée et non à leurs propres volitions.

Voila pourquoi, quand ils veulent prier et appeler Dieu à leur secours, ces malades, loin de le pouvoir faire, prononcent des mots qui achèvent de les épouvanter.

Nous rappellerons maintenant l'opinion des principaux auteurs contemporains sur le sujet, nous emprunterons ensuite quelques citations confirmatives aux anciens démonographes et nous terminerons par une série de faits cliniques.

« Il n'est pas rare, dit Griesinger, d'observer chez les malades atteints de démono-mélancolie des convulsions des muscles soumis à la volonté, des contractions du larynx qui altèrent la voix d'une façon surprenante.....

« L'explication la plus facile de ce phénomène psychologique se trouve dans les cas, qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité. Dans les cas très développés où ce cercle d'idées, qui accompagnent constamment la pensée actuelle en lui faisant opposition, arrive à avoir une existence tout à fait indépendante, il met en mouvement de lui-même le mécanisme de la parole, il prend un corps et se traduit par des discours qui n'appartiennent pas au moi (ordinaire) de l'individu. Ce cercle

1. Mosso, *la Peur*.

d'idées qui agit librement sur les organes de la parole, l'individu lui-même n'en a pas conscience avant de l'exprimer, le moi ne le perçoit pas; ces idées viennent d'une région de l'âme qui reste dans l'obscurité pour le moi; elles sont étrangères à l'individu, c'est un intrus qui exerce une contrainte sur la pensée.

« Les gens sans éducation voient dans ce cercle d'idées un être étranger. Dans quelques cas, on trouve dans ces discours insensés... une ironie qui se dirige contre les idées qu'antérieurement ces individus respectaient le plus; mais d'ordinaire le démon n'est qu'un pauvre sire, bien lourd et bien trivial [1]. »

« Incapables de diriger leurs idées, dit Baillarger [2], ils sont obligés de les subir. »

« Entraînés à chaque instant par ces idées spontanées et involontaires, ils cessent de pouvoir fixer leur attention, et après avoir vainement lutté contre la puissance qui les domine, ils sont conduits le plus souvent à des explications erronées; ils attribuent les idées qui les obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à cette explication, c'est la nature même de ces idées qu'ils n'ont jamais eues dans leur état normal, ou même qui sont complètement opposées à leurs idées habituelles; enfin, l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge... et que l'exercice des facultés est devenu involontaire; la pensée ne se reproduit plus alors sans être articulée intérieurement. De là cette singulière illusion d'une voix qui a son siège dans la région de l'estomac. C'est alors que la dualité devient plus tranchée, c'est alors aussi qu'il y a bien véritablement comme une double pensée et comme deux êtres distincts...

« En effet, les aliénés méconnaissent leur propre voix comme on la méconnaît dans les rêves; mais il ne saurait dans ces cas y avoir de doutes...

« L'hallucination consiste évidemment à entendre des paroles que les malades prononcent bas, à leur insu et la bouche fermée, et qui semblent sortir de la poitrine.

1. Griesinger, *Maladies mentales*, traduction Doumic, p. 285.
2. *Théorie de l'automatisme.*

« Aussi disent-ils qu'ils sentent le démon dans leur corps et désignent constamment l'épigastre.

« Dans les cas de ce genre, l'homme perd la conscience de son unité intellectuelle ; il continue à considérer comme lui appartenant une partie des idées qui surgissent dans son esprit, mais il y en a une autre partie qu'il attribue à une personne étrangère.

« La pensée, abandonnée à elle-même comme dans le rêve, se produit spontanément ; elle se forme en paroles...

« Il s'établit alors une sorte de lutte entre la volonté qui tend à reprendre la direction des idées, et la mémoire et l'imagination qui continuent à agir d'une façon automatique.

« Pendant le sommeil, le rêveur prononce souvent les paroles qui expriment les idées de son rêve, tantôt il se borne à les murmurer, tantôt il rêve tout haut ; il en est de même de cet halluciné. On le voit, pendant la durée de l'hallucination, remuer les lèvres comme les personnes qu'on rencontre parlant seules, dans la rue, sans en avoir conscience. »

« Le malade, dit Janet[1], constate que ses muscles font, à son insu et malgré lui, des actes compliqués ; il entend sa propre bouche lui commander ou le railler ; il résiste, il discute, il combat contre un individu qui s'est formé en lui-même. Comment peut-il interpréter son état, que doit-il penser de lui-même ? N'est-il pas raisonnable quand il se dit possédé par un esprit, persécuté par un démon qui habite au dedans de lui-même ?

« Comment douterait-il quand cette seconde personnalité, empruntant son nom aux superstitions dominantes, se déclare elle-même Astharoth, Leviatan ou Belzébuth ?

« La croyance à la possession n'est que la traduction d'une vérité psychologique. »

Cherchant à déterminer les caractères cliniques de la démonopathie, Calmeil dit qu'après être devenus d'abord incapables de prier, les malades éprouvent des impulsions irrésistibles à jurer, à proférer des paroles blasphématoires et des malédictions. « A leurs perturbations viscérales, attribuées à la présence de démons dans les entrailles, s'ajoutent des hallucina-

1. P. Janet, *Automatisme psychologique*, p. 440.

tions vocales réitérées qui font croire aux malades que les esprits impurs parlent par leur bouche, et que ce sont eux qui vomissent par torrents les blasphèmes qu'ils sont forcés de proférer... en les empêchant d'approcher des sacrements et d'accomplir leurs devoirs religieux... d'où la conviction que le diable peut manœuvrer à son gré les différentes pièces de leur corps[1]. »

« Comme tous les lypémaniaques, dit Esquirol, les démonomaniaques ont des hallucinations et des illusions de sens; les uns croient être le diable, les autres se persuadent qu'ils ont le diable dans le corps, qui les pince, qui les mord, les déchire, les brûle; quelques-uns enfin l'entendent parler, sa voix part du ventre, de l'estomac, de l'utérus; ils conversent avec lui : le diable leur conseille des crimes, des meurtres, des incendies, le suicide; il les provoque aux obscénités les plus ordurières, aux blasphèmes les plus impies; il les menace, les frappe s'ils n'obéissent à ses ordres...

« Le marmottement continuel de certains possédés faisait croire que ces malheureux s'entretenaient avec le diable de manière à ne point être entendus. On trouve ce symptôme chez beaucoup de mélancoliques, surtout chez ceux qui sont tombés dans la chronicité et la démence, qui balbutient, à voix très basse, des mots sans suite[2]. »

Marcé dit de même :

« Pour les possédés, le démon, qui s'était introduit par les orifices naturels, mettait en jeu la langue, le pharynx, les poumons et tout l'appareil vocal, pour produire les sons et les mouvements les plus étranges[3]. »

Nous n'en finirions pas de rapporter les passages où les auteurs reviennent sur ce point, à peu près dans les mêmes termes; les anciens traités de démonologie ne sont pas moins instructifs à ce sujet.

Fernet[4], parlant de l'intervention des esprits et de la possession par eux, dit qu'ils ont coutume de s'introduire dans le

1. Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 85.
2. Esquirol, *Maladies mentales : De la démonomanie*, t. I, pp. 509-511.
3. Marcé, *Traité des maladies mentales*, p. 12.
4. *Fernelii, Opera*. Genevæ, 1679, l. II, ch. XVI.

corps des gens et de parler par leur bouche... Il en cite des exemples où le diable s'était introduit par les pieds jusqu'au cerveau, « d'où il discourait de toutes sortes de choses, selon la coutume des démonacles. »

Il y a présomption de sorcellerie, dit Boguet[1], quand l'individu est fils de sorcier, quand il porte sur la peau des signes faits par le diable, *quand il parle tout seul*, qu'il se dit damné, qu'il demande à être rebaptisé, *et marmote constamment entre ses dents*, les yeux fixés contre terre, des paroles inintelligibles.

Le diable, d'après Willis[2], *peut parler par la bouche des énergumènes*, « en s'insinuant dans les couloirs du système nerveux » ; il se sert souvent ainsi d'idiomes que les démoniaques ne comprennent pas ; il récite des choses que ceux-ci ignorent.

Les organes des possédés sont mis en jeu par le démon comme des instruments qu'ils manœuvrent avec habileté[3].

F. Plater pense que les esprits déchus ont encore, dans quelques circonstances, le pouvoir d'intervenir pour porter le désordre dans l'organisme humain.

Il est persuadé, d'après ce qu'il a lui-même observé, que la folie démoniaque, tout en présentant à peu près les mêmes symptômes que la manie ou la mélancolie ordinaires, peut cependant en être distinguée par des signes à peu près certains.

Au dire de Plater[4], on reconnaît qu'un aliéné est affecté de ce genre d'affection lorsqu'il reste pendant des intervalles plus ou moins longs sans parler, sans prendre de nourriture, et qu'*il entend parler le démon par sa bouche*, qu'il jouit de la faculté de prévenir l'avenir, de prévoir ce qui doit arriver, de deviner la présence de choses cachées, de parler des langues qu'il n'a pas apprises et qu'il ne comprenait pas avant l'invasion de sa maladie, etc.

Si maintenant nous passons aux faits cliniques, nous trouvons, répondant aux périodes précitées, des cas à symptômes

1. H. Boguet, *Discours des sorciers*. Lyon, 1603.
2. Th. Willis, *Opera*, in-4°, 1681.
3. J. Wieri, *Opera*, et J. Bodin, *Démonomanie : Des sorciers*; in-4°, Paris, 1582.
4. *Plateri Praxeos medicæ*, t. I, in-4°, Basilæ, 1736.

communs avec les mélancolies ordinaires, d'autres, plus avancés, où le langage automatique se caractérise.

Une de nos malades, appartenant au premier groupe, est aliénée depuis près de trois ans. C'est un esprit faible à idées religieuses exagérées; « ...elle est en proie à des hallucinations de tous les sens et à des troubles de la sensibilité générale qui lui font croire qu'elle est possédée par le démon. Elle s'était soumise aux pratiques absurdes d'un sorcier de village pour se guérir d'un eczéma, et depuis elle est devenue comme une personne qui tourne à l'imbécillité, voulant faire une chose et s'en retenant tout à la fois. »

Dans cet état, elle priait, faisait dire des messes, suivait des pèlerinages, etc., le tout sans succès. Pendant un carême, elle voulut aller à un chemin de croix, mais fut dans l'impossibilité de s'y rendre ainsi que de communier; depuis, lorsqu'elle veut prononcer une prière, elle ne le peut pas, une voix intérieure lui souffle que c'est impossible, ou bien elle n'arrive qu'à prononcer des blasphèmes.

Elle sent sa langue attirée en dedans, comme si elle allait rentrer dans le corps; elle éprouve des frémissements dans tous ses muscles, qui sont comme mus par des fils de fer... Quand elle frappe sur son bras, elle trouve que cela donne le même son que si on frappait sur un tuyau de fer creux; elle sent tous les coups, mais il lui semble que c'est à une autre qu'on les donne. « Il y a des moments, dit-elle, où je ne peux faire valoir ma volonté, je ne puis agir de moi-même; mes impressions ne sont plus les mêmes, c'est comme si ce n'était plus moi qui vive et qui sente. C'est cette force qui me possède, je n'ai même plus la sensation des larmes. » Elle sent des bêtes qui la travaillent; une nuit, elle a cru saisir une araignée à travers la peau de son bras. Elle comprend, dit-elle, ces animaux et l'être surnaturel qui la travaille dans la tête de la même façon que nous comprenons ce que vont faire une mouche ou une fourmi que nous aurions sous les yeux (pas de paroles articulées à l'oreille). On lui a extrait les intestins; elle a aussi dans les parties génitales des sensations douloureuses (barre de fer froide) en même temps qu'un poids énorme sur la poitrine. Tout son corps peu à peu est changé, sa peau est comme celle d'un sours (sorcier); elle comprend maintenant qu'elle ne puisse plus suivre la messe

étant damnée : « c'est une autre vie dans ma vie, je souffre dans tous les sens, dans ma pensée et dans mon corps. »

Une autre de nos malades, placée il y a plus de dix ans, était au début « bobinée par la ficelle des diables », c'est-à-dire que ces derniers se livraient sur son corps à toutes sortes d'expériences de magie et de sorcellerie; ils l'ont ainsi tuée plus de vingt-cinq fois. Le lendemain, ils remettaient en action son cadavre et la ressuscitaient par la physique magique et la médecine noire. C'est surtout le soir qu'on la fait mourir après qu'elle s'est couchée. Elle continue ainsi de vivre, bien que morte, car elle n'est plus que le zéro des zéros. Tout ce qui arrive n'est que des expériences diaboliques, elle n'y est pour rien; elle a bien cinquante-trois ans, mais elle est morte depuis dix ans. Chaque matin elle apprend à marcher « comme l'enfant qui vient de naître »; elle se livre journellement à un curieux travail, consistant à relire un dictionnaire qu'elle couvre de notes de peur d'oublier ses mots. Ces notes ne sont d'ailleurs que des suites d'expressions assommantes variées et incohérentes.

Son intestin est putréfié, on l'a vidée; elle sent par instants s'introduire dans son intérieur les têtes, les mains des diables qui la font agir à la façon des marionnettes creuses. Elle prétend ne plus manger et ne plus aller à la selle, son cœur est comme un charbon près de s'éteindre, etc.; démence commençante.

A l'époque de l'entrée, on lui faisait voir des fantômes et des visions infernales; elle a même vu les douze apôtres, aussi avait-elle été prise d'abord pour une persécutée mystique.

La malade G. J..., femme P..., internée depuis six ans, croit être le diable incarné. C'est une mélancolique typique, constamment à l'écart, humblement accroupie; elle passe son temps à monologuer son délire; elle a par intervalles des accès d'agitation anxieuse, demandant à être torturée, brûlée, etc.

Elle s'est cru longtemps damnée, s'accusant d'avoir mal fait sa première communion, d'avoir volé, etc.; a cherché à s'empoisonner avec de la noix vomique, puis elle a découvert rétrospectivement que dès sa naissance elle était vouée au mal, elle a compris qu'elle avait dû être oubliée dans la grande rédemption du péché originel, maintenant elle sent bien qu'elle ne fait plus qu'un avec le diable. Actuellement, cette idée est confirmée par

toutes sortes d'interprétations délirantes ; c'est ainsi qu'elle voit dans les dessins formés par les boiseries du plancher les figures grimaçantes de ceux qu'elle a fait damner et des diables.

Nous l'avons dit, les hallucinations vraies ne sont point constantes ni essentielles chez ces malades ; lorsqu'on les observe, elles sont le plus souvent transitoires, élémentaires et secondaires.

Il semble que ces phénomènes se ressentent de la perturbation cénesthésique primitive.

De même que ces malades perçoivent mal les impressions ordinaires, de même leurs hallucinations visuelles, par exemple, se produisent comme à travers les voiles du rêve.

Une démoniaque voulant faire comprendre le caractère du phénomène qu'elle éprouvait, disait que le diable lui apparaissait comme transparent et qu'il semblait qu'il n'y avait rien à toucher[1].

Une malade à délire de négation et de possession que nous avons observée a bien entendu par l'oreille une voix lui disant : « Tu es maudite », et elle a vu ces mots écrits sur le mur. Mais à cette époque il y avait déjà trois mois qu'elle était malade, et que pour expliquer le changement survenu en elle elle se disait à elle-même : « Mais tu es maudite! » Depuis, aussi, elle a eu des hallucinations visuelles en rapport avec ces mêmes idées; elle a vu le diable, l'enfer, mais ces hallucinations ne se présentent que la nuit. Les personnes sont indistinctes, ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. Pour l'ouïe, de même ; elle n'entend que des bruits[2]. Des hallucinations aussi élémentaires ne sont évidemment pour rien dans les désordres de la personnalité qu'on remarque ici. En revanche, les troubles psychomoteurs semblent avoir une influence capitale; les observations qui suivent nous paraissent le démontrer.

Une de nos malades, en proie à un délire anxieux datant de plusieurs mois, se croit damnée et poursuivie par les diables ; elle est particulièrement obsédée par une voix intérieure qui lui dit de se jeter à l'eau. Bien que cette voix soit contredite par

1. Baillarger, pp. 317-323.
2. *Séméiologie et pathogénie des idées de négation*, Séglas, *loc. cit.*, p. 17.

une autre, elle s'est jetée à plusieurs reprises dans un bassin pour se noyer; ces voix ne lui viennent pas dans l'oreille, mais partent de l'estomac. Elle ne peut d'ailleurs plus prier Dieu, il lui monte des blasphèmes que sa bouche prononce sans qu'elle le veuille. Elle a vainement essayé de lutter, en s'efforçant d'empêcher ces mouvements involontaires sans y réussir; elle sent qu'elle ne se possède plus, qu'on agit pour elle et par elle.

Elle se croit la cause de toutes les maladies qu'elle voit autour d'elle.

La certitude où elle est que tous ces phénomènes sont dus non pas à elle mais au diable, l'a poussée à demander l'exorcisme au prêtre de chez elle, qui a refusé et s'est moqué d'elle; depuis, elle s'est confirmée dans l'idée qu'elle est abandonnée de Dieu et de ses ministres et vouée à la damnation et aux flammes de l'enfer. Cela ne l'empêche pas de désirer la mort par le suicide qu'on lui ordonne, bien qu'ensuite elle doive souffrir plus encore de la damnation; cette dernière est encore préférable au combat qu'elle endure en cette vie.

La sœur de la malade est morte à l'asile après plusieurs années d'un délire absolument semblable. « Deux pensées, dont l'une représente le bien et l'autre le mal, sont en lutte continuelle dans son imagination. La pensée du mal l'emporte toujours », disent les certificats qui la concernent.

Une malade de M. Séglas, à côté d'hallucinations auditives ordinaires, entend des voix intérieures lui parler : « Ce sont des mouvements qui se font en moi qui me disent tout cela. » On la voit remuer les lèvres et prononcer des mots indistincts qu'elle répète ensuite tout haut; une autre âme est entrée dans la sienne, elle est obligée de parler sa pensée et cause seule tout le temps [1]. « Il y a toujours en moi deux idées qui se contredisent [2]. »

Une malade du docteur Huet entend une voix épigastrique : « C'est comme si c'était moi qui parle; j'ai des mouvements dans les lèvres, comme un lapin qui broute, et je sens ma lan-

1. Séglas, *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; hallucinations psychomotrices.* (*Progrès médical*, 1888, nos 33 et 34.)

2. Séglas et Besançon, *De l'antagonisme des idées délirantes, loc. cit.* (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1889, p. 24.)

gue remuer toute seule. » Elle a d'abord été dans l'impossibilité de parler au confessionnal, puis elle a dit des gros mots en communiant; l'esprit qui la possède lui ravage maintenant l'omoplate et le poumon gauche, etc. Quand elle écrit, il lui lance dans la main un fluide froid qui change son écriture. (Troubles psychomoteurs graphiques.)

Si maintenant nous nous reportons au chapitre de la démonomanie d'Esquirol, nous y trouvons une série d'observations remarquables par leur analogie entre elles, et par l'existence manifeste et constante d'idées de négation et de damnation caractéristiques de la mélancolie chronique religieuse[1].

La première de ces démonomanes a déjà eu deux accès de lypémanie. Le démon est dans son corps qui la torture de mille manières; elle ne mourra jamais.

La deuxième n'a plus de corps, le diable l'a emporté; elle est une vision; elle vivra des milliers d'années; elle a le malin esprit dans l'utérus sous la forme d'un serpent, quoiqu'elle n'ait pas les organes de la génération faits comme les femmes.

La troisième n'a pas non plus de corps, le malin esprit n'en a laissé que le simulacre qui restera éternellement sur la terre. Elle n'a plus de sang, elle est insensible (analgésie).

La quatrième n'est pas allée a la selle depuis vingt ans; son corps est un sac fait de la peau du diable, plein de crapauds, de serpents. Elle ne croit plus en Dieu; il y a un million d'années qu'elle est la femme du grand diable. C'est une sorte d'immortalité rétrospective.

La cinquième a le cœur déplacé, elle ne mourra jamais; cependant, en même temps, elle sent le diable qui lui dit d'aller se noyer.

Leuret[2] rapporte des cas analogues.

Cotard[3], qui rappelle d'ailleurs les observations précédentes dans son délire des négations, insiste inversement sur ce fait que tous les malades chez lesquels il a trouvé mentionné le délire hypocondriaque avec idée d'immortalité étaient dominés par des idées de damnation, de possession diabolique, en un mot

1. Esquirol, *Démonomanie*, ch. IX, t. I, *loc. cit.*
2. *Fragments psychologiques*, loc. cit.
3 Cotard, *Une forme grave de mélancolie anxieuse.* (*Annales médico-psychologiques*, septembre 1880, t. IV.)

présentaient les caractères de la démonomanie, de la folie religieuse.

M. H. Dagonet[1], après avoir établi l'existence de deux sortes de démonomanes (démonomanie interne et externe), les uns aboutissant à la possession définitive, les autres finissant par l'emporter sur le démon, cite comme exemple de démonomanie interne (possession vraie) un malade qui croit que le démon a pris domicile dans son ventre sous forme d'un gros serpent.

« Cet homme pousse de temps en temps des cris bizarres, il s'exprime parfois dans un langage incompréhensible. C'est alors, dit-il, le diable qui parle par sa bouche, il s'établit entre le démon et lui de véritables dialogues où il reproche à son esprit de lui susciter de mauvaises pensées. Il a cherché en vain à se faire exorciser. Ses sensations sont changées, la lumière du jour lui paraît terne, verte ou brune. Il n'y a plus de Dieu, lui dit le diable; il appelle à grands cris le bourreau; tentatives de suicide réitérées, mort des suites d'une plaie abdominale qu'il s'est ainsi faite. »

« Satan est en moi, dit un autre malade; je n'appartiens plus au genre humain dont il ne me reste que la forme; depuis que Dieu s'est retiré de moi, j'appartiens à l'enfer, ma conscience le dit. J'ai commis des crimes abominables, j'ai renié ma religion, je n'ai pas prié comme j'aurais dû, j'ai communié étant indigne. »

Ces accusations, ajoute l'auteur, contrastent formellement avec le caractère réel de la malade, qui est d'une bonté angélique.

M. Magnan, dans une Observation communiquée à M. le Dr Dupain[2], rapporte un fait à peu près semblable au précédent. C'est une femme qui se croit damnée; antécédents héréditaires multiples, tentatives de suicide réitérées. Elle s'imagine que toute sa famille est vouée aux enfers à cause d'elle, que des sorciers l'ont ensorcelée au moyen d'un talisman; elle sent la voix des esprits qui l'appelle; elle prononce constamment des phrases entrecoupées à voix basse. « Je suis damnée, perdue, je suis tourmentée, j'ai volé! Je ne mourrai jamais. Je suis morte; je

1. H. Dagonet, *loc. cit.*, p. 238, *Lypémanie religieuse*.
2. Dupain, Thèse, Paris, 1888, p. 188. Observation LXXXVIII.

ne suis plus comme les autres, je ne puis plus travailler. »

Dans la thèse de M. Legrain[1], nous relevons également l'observation d'une femme qui se croit possédée par l'esprit malin. Ses membres sont agités de mouvements bizarres rappelant les contorsions des convulsionnaires; ses mouvements sont purement automatiques, et la malade n'y peut rien. D'autres fois, le visage est grimaçant; d'autres fois encore, les mouvements sont accompagnés de sons laryngés sans aucune signification. La malade interprète ses mouvements irrésistibles en disant que c'est l'esprit malin qui la pousse à agir ainsi. La double personnalité est frappante. « C'est l'esprit qui me tord, dit-elle, je ne puis l'empêcher. » Elle accompagne souvent sa mimique de l'émission de certains mots, toujours les mêmes : « Je vous hais, je hais Dieu, je vous hais tous. » Puis elle ajoute : « Ce n'est pas moi qui vous dis cela, c'est l'esprit qui parle; vous comprenez bien que je ne suis pas capable de dire ces choses-là ; moi, je vous aime. » Et d'autres fois : « Vous avez beau faire, vous ne m'empêcherez pas de la posséder. » (Contagion de la possession diabolique de la mère au fils.)

Chez une malade de Griesinger[2] se forme une contradiction intérieure entre ses propres pensées et ses déterminations, une opposition immédiate, constante, contre tout ce qu'elle vient de penser ou de faire. Une voix intérieure, mais qu'elle n'entend pas dans son oreille, se révolte contre tout ce qu'elle veut; par exemple, déjà contre le séjour au lit auquel son état la condamne; en particulier, contre toute élévation de sentiments, la prière; la voix veut toujours le mal quand la malade veut le bien.

La malade, qui est une femme raisonnable, dit qu'elle a de la peine à croire que ce soit un être étranger, un démon qui soit dans son corps, bien qu'elle ait la certitude que ce n'est pas elle-même qui fasse tout cela. (Obs. XV.)

Il y a treize ans environ, cette malade commença à entendre parler en elle. A dater de ce moment, il lui vint des pensées et elle dit des mots qu'elle n'avait pas l'intention de dire et qu'elle exprima avec une voix qui différait de sa voix ordinaire. Le ton

1. Dr Legrain, Thèse, Paris, 1886, p. 15, Observation LXXVIII.
2. Griesinger, *Maladies mentales*, pp. 286, 287.

de cette voix, quand l'esprit parle, diffère toujours un peu et quelquefois même totalement de la voix ordinaire de la malade; et ce qui fait surtout que la malade croit à la réalité de cet esprit, c'est qu'il a une autre voix qu'elle.

Arguments historiques. — Presque tous les sujets qui déliraient sur les matières relatives à la démonomanie s'accordent à dire que les premières apparitions diaboliques, ou que les premières hallucinations ont eu lieu après de longues souffrances morales ou physiques, ou bien lorsqu'ils étaient encore en proie à la plus poignante affection [1].

Au quinzième siècle, les grandes épidémies de lycanthropie anthropophagique correspondirent à de grandes famines dans la haute Allemagne, la Suisse et dans le nord de la France (Artois). Exécutions en masse par le feu dans toutes ces régions [2].

A cette période, la démonopathie affecte une forme zoanthropique, comme chez les religieuses de Cambrai, qui forment la transition avec les démonolâtres du siècle suivant. Ces religieuses délirèrent à la suite des jeûnes exagérés du carême.

Les démonopathes ne sont pas encore de vraies possédées; ce sont surtout des ensorcelées. Mais l'évolution de la psychose est identique.

Après s'être crues sous le coup d'un sortilège, pour expliquer leur malaise mental elles découvrent peu à peu qu'elles sont filles de sorciers, sorcières elles-mêmes (délire rétrograde).

Elles se reconnaissent dès lors les auteurs de mille forfaits et dignes des pires tortures. Aussi se dénoncent-elles elles-mêmes et vont au bûcher brûler le diable qui est en elles; ces autodafés affectent parfois la forme de véritables suicides en masse.

« Il ne faut pas confondre, dit Richet, la sorcière et la possédée. La sorcière a fait un pacte avec le démon; elle a un pouvoir surnaturel qu'il lui a commis; elle est coupable et il faut qu'elle soit brûlée...

« Au contraire, le possédé est innocent. Un diable, un démon

1. Michelis, *Pneumatologie ou discours sur les esprits*, 1587. Cité par Calmeil, *De la folie*, p. 293, l. III, ch. XI, à propos des Démonolâtres d'Avignon. 1582.

2. Spranger et Henricus, *in Malleo maleficorum. Nidev Id.* Ed. Lyon 1604.

ou plusieurs démons ont eu la désobligeante fantaisie d'entrer dans son corps et de faire de lui le théâtre de leurs exploits...

« Aussi, les possédés ne sont-ils pas à punir mais à guérir. Mais cette guérison se fait par les prières et les exorcismes[1]. »

Le lien qui unit la sorcellerie à la possession, c'est que le sorcier ou la sorcière peuvent évoquer les démons et les faire entrer dans le corps de tel ou tel malheureux. Aussi les épidémies de démonomanie succèdent-elles aux précédentes.

Au seizième siècle, la zoanthropie diminue, on chasse encore les loups-garoux en Anjou, mais on commence à ne plus les condamner, on les enferme. En revanche, la démonolâtrie s'accentue; elle règne en Allemagne, en Flandre, en Lorraine, dans le Jura et dans le Midi (Languedoc et Limousin).

Nicole Aubry, de Vervins, est hantée par un spectre; l'ombre lui parlait *intérieurement* et exigeait impérieusement que l'on fît des aumônes et des pèlerinages.

La voix parle dans sa poitrine, lui indique quelquefois d'avance l'heure où surviendront de nouveaux accès d'exaltation, et les paroxysmes[2] indiqués par la voix éclatent à l'heure indiquée.

Dans l'épidémie de Lorraine (1595), les malades sentent en elles la voix du démon qui les pousse au suicide.

Il ordonne à Jeanne de Baune et à Jeanne Drigée de se pendre[3].

Dans le Jura (1598), Antide Colas est sollicitée à faire de même. Un combat se livre en elle, une autre voix intérieure lui conseillant le contraire; le diable la harcèle surtout du côté droit[4]. (Cette malade offre, avec deux des nôtres, la plus frappante analogie).

Anne Langon[5], qui avait été atteinte une des premières, se mettait quelquefois à parler tout haut; elle n'ignorait pas alors qu'elle articulait des sons, mais il lui semblait qu'un autre être parlait dans son intérieur.

Cette religieuse se sentait dans l'impossibilité de prier, de

1. Richet, *L'homme et l'intelligence*, p. 550.
2. Jehan Boulcese; in 4°, Paris 1478. Cité par Calmeil, *De la folie*, pp. 264-265, liv. III, ch. II.
3. MDXCVI. Remigius, *Libri demonolatrice*.
4. Henry Boguet, 1603, *Discours sur les sorciers*, Lyon.
5. *Démonopathie à Kintorp*, 1552.

concentrer son attention sur les choses qui se rapportent à la dévotion; il lui semblait qu'elle était hébétée, privée de ses facultés intellectuelles et morales, incapable de prendre une détermination [1].

Elle ne dit pas textuellement que le diable se servait de sa langue pour parler, mais il lui semblait que les muscles de sa poitrine fussent mis en jeu par une puissance étrangère.

Elle entendait parler, cela semblait se faire par le moyen de quelqu'autre qui tirait et repoussait son vent...

Parfois, au contraire, si elle se mettait en oraison, l'esprit malin la troublait, elle ne pouvait poursuivre ni mouvoir sa langue [2].

Aupetit croyait qu'il avait un démon sous ses ordres. Il l'apercevait dans les nuages, il le voyait sous la forme d'un bélier, d'un chat, d'une grosse mouche, d'un papillon; il s'imaginait fréquenter le sabbat; son intelligence était tellement renversée dans certains moments qu'il lui devenait impossible de prier; il se croyait obligé en célébrant la messe de mettre le nom du diable à la place de celui de Dieu. La pensée et l'image du démon le suivaient partout.

« Le diable m'avait appris au sabbat à dire la messe en sa faveur. Il m'avait ordonné de dire mes prières au nom du diable et non *pas du Père*; je ne pouvais plus dire : *ceci est mon corps... ceci est mon sang...* je prononçais Belzébuth... Lorsque je faisais des efforts pour me recueillir pour officier dignement, le diable se mettait à voltiger sous mes yeux : prenant la forme d'un papillon, il me brouillait l'entendement et je me [3] sentais contraint de prier à la manière du diable. » (D'après de Laucré.)

Au dix-septième siècle, on observe encore la démonopathie endémique dans le nord de l'Europe, en Suède, à La Haye, etc.; puis dans le Midi, en Espagne, dans le Bastan et le Labourd.

(Lille 1613). « Une religieuse de Sainte-Brigitte sentait en elle deux âmes, ou, comme elle le disait elle-même, *deux parties adverses*, dont *l'une n'avait d'inclinaison que pour le bien*, tandis

1. Wieri, *Opera omnia;* in-4°, p 301. Bodin. *Démonomanie des sorciers;* in-4°, p 161. Calmeil, *De la folie*, liv. III, ch. II, p. 257.
2. S. Goulard, *Histoires admirables*, p. 46 à 60, t. I, Paris, 1660.
3. Aupetit, curé dans le Limousin, est brûlé vif (Calmeil, liv. III, chap. II, p. 347-348).

que *l'autre, qu'elle croyait influencée par le diable, s'évertuait par instants à controuver les plus exécrables mensonges*[1].

« Ainsi s'expliquent, dit Calmeil, qui rapporte ce fait, ces oscillations continuelles de la volonté chez les démoniaques, ces luttes douloureuses, où le naturel, perverti par une maladie méconnue, l'emportait souvent sur le naturel honnête et heureux d'autrefois[2]. »

En France (1632-1639) la démonopathie de Loudun fut d'une intensité particulière; elle gagna Chinon, Louviers, Nîmes, etc., et même les terres papales d'Avignon.

La supérieure, Mme de Belciel, tout en répondant aux questions des exorcistes, entend parler un être vivant dans son propre corps, se figurant qu'une voix étrangère émane de son pharynx.

Sœur Agnès dit au duc d'Orléans qu'elle voit les réponses sortir de sa bouche comme si une autre les avait proférées[3].

« On m'a ôté la mémoire et jusqu'à la liberté de me jeter dans les bras de Dieu et de pratiquer un acte de dévotion. »

« Béhémoth commença à me représenter toute ma vie, depuis l'âge de six ans, et me remit dans l'esprit, *par une locution dans ma tête*, jusqu'aux moindres actions déréglées auxquelles je m'étais laissée aller[4]. » (Délire palaingnostic mélancolique.)

« Les diverses épidémies de possession de Loudun, de Saint-Médard, de Morzine, de Verseguin, de Plédran, etc., etc., sont bien connues; elles nous montrent tous les exemples possibles des diverses destructions du composé mental[5]. »

Le Père Surin, si longtemps mêlé à la célèbre affaire des religieuses de Loudun, se sentait deux âmes et même trois, parfois, à ce qu'il lui semble. On sait qu'il demeura malade jusqu'à un âge avancé et fit plusieurs tentatives de suicide.

Il nous a laissé une relation détaillée de son état mental.

« Je ne saurais vous exprimer ce qui se passe en moi durant

1. Lenormand, *Exorcismes des possédées de Flandre*. Paris, 1623. Deux volumes in-8°.

2. Calmeil, *De la folie*, liv. IV, chap. II, p. 524.

3. *La Démonomanie de Loudun*, in-12; La Flèche, 1634. — *Cruels effets de la vengeance du cardinal de Richelieu ou histoire des Diables*, 1716; Calmeil, t. II, pp. 26 et suiv.

4. Lettre de la supérieure des Ursulines au Père Surin.

5. Pierre Janet, *Automatisme psychologique*, pp. 441-442.

ce temps (quand le démon passe du corps de la possédée dans le sien), et comme cet esprit s'unit avec le mien, sans m'ôter ni la connaissance ni la liberté de mon âme, en se faisant comme un autre moi-même, et comme si j'avais deux âmes, dont l'une est dépossédée de son corps, de l'usage de ses facultés et de ses organes, et se tient à quartier en voyant faire celle qui y est introduite.

« Les deux esprits se combattent dans un même champ qui est le corps, et l'âme est comme partagée : selon une partie de soi, elle est le sujet des impressions diaboliques, et, selon l'autre, des mouvements que Dieu lui donne, ou qui lui sont propres [1].

« Je suis entré en combat avec quatre démons des plus puissants et des plus malicieux de l'enfer [2], moi, dont vous connaissez les infirmités... Depuis trois mois et demi, je ne suis jamais sans avoir un diable près de moi, en exercice. Les choses en sont venues si avant, que Dieu a permis, je pense, pour mes péchés, ce qu'on n'a peut-être jamais vu en l'Eglise, que dans mon ministère, le diable passe du corps de la personne possédée dans le mien; alors il m'assaut, me renverse, m'agite et me traverse visiblement, en me possédant plusieurs heures, comme un énergumène. »

« Dans le même temps, je sens une grande paix, sous le bon plaisir de Dieu, et, sans connaître comment me vient une rage et aversion de celui qui produit comme des impétuosités pour m'en séparer, qui étonnent ceux qui le voient; en même temps, une grande douceur qui se produit par des cris et des lamentations, semblables à ceux des démons.

« Je sens l'état de damnation et l'appréhende, et me sens comme percé des pointes du désespoir, en cette âme étrangère qui me semble mienne, et l'autre âme qui se trouve en pleine confiance, se moque de tels sentiments et maudit en toute liberté celui qui les cause...

1. *Histoire des diables de Loudun*. Amsterdam, 1716.
2. Il y a alors plus qu'un dédoublement, mais dissociation multiple de la personnalité. Les exorcistes reconnaissaient des possessions par un ou plusieurs démons; dans le deuxième cas, le nombre en pouvait atteindre, suivant eux, celui d'une légion de diables, soit 6,666!

« Voire, je sens que les mêmes cris qui sortent de ma bouche viennent également de deux âmes. Les tremblements extrêmes qui me saisissent quand le Saint-Sacrement m'est appliqué, viennent également, ce me semble, de l'horreur de sa présence qui m'est insupportable et d'une révérence cordiale et douce, sans pouvoir les appliquer à l'une plutôt qu'a l'autre et sans qu'il soit en ma puissance de les retenir.

« Quand je veux, par le mouvement de l'une de ces deux âmes, faire le signe de croix sur ma bouche, l'autre me détourne la main en grande vitesse et me saisit le doigt pour le mordre de rage.

« L'extrémité où je suis est telle que j'ai peu d'opérations libres. Quand je veux parler l'on m'arrête la parole ; à la messe, je suis arrêté court ; à table, je ne puis porter le morceau à ma bouche ; à la confession, j'oublie tout-à-coup mes péchés et je sens le diable aller et venir en moi, comme en sa maison. — Dès que je me réveille, il est là, à l'oraison ; il m'ôte la pensée quand il lui plait ; quand le cœur est prêt à se dilater en Dieu, il le remplit de vague ; il m'endort quand je veux veiller et publiquement se vante qu'il est mon maître[1]. »

C'est littéralement la paraphrase délirante de ce que nous développons au début de cette étude,

Conclusions. — On le voit, dans le groupe de mélancolies, on peut, comme Lasègue l'a fait pour les persécutés, distinguer des cas, offrant avec ces derniers d'ailleurs certaines analogies, mais pouvant leur être opposés comme types de mélancolie vraie, essentielle, avec des caractères fondamentaux dont les formes chroniques systématisées ne sont que l'accentuation progressive, la cristallisation, si l'on peut ainsi dire, la forme stéréotypée en un mot. (Délire chronique des négations de Cotard.)

Notre étude a pour but de dégager d'abord du complexus symptomatique ce qui est délire mélancolique vrai de ce qui n'est qu'idées mélancoliques. Nous attribuons à ces deux mots (***Délire*** par opposition, à ***idées*** simples) le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De

1. Lettre au père Attichi, 3 mai 1635.

même qu'il y a des malades quelconques à idées de persécution symptomatique et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y aurait des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique systématisé. C'est ce dernier que cette étude a pour but d'isoler en une entité clinique comparable à la maladie de Lasègue, ainsi que l'a commencé à démontrer Cotard.

M. Parisot. — *Quelques caractères des hallucinations de l'ouïe dans la démence sénile délirante.*

Les hallucinations de l'ouïe qui se produisent au cours de la démence sénile délirante offrent certains caractères particuliers dont l'étude m'a paru intéressante à esquisser, à la lumière de faits cliniques observés dans mon service à l'hospice Saint-Julien.

Il était facile de prévoir que les lésions régressives du cerveau sénile, dont la démence est l'expression symptomatique, devraient imprimer un cachet spécial aux hallucinations de l'ouïe. Toute hallucination, en effet, nécessite la mise en jeu de la mémoire, en subit les fluctuations et en accuse les moindres troubles; ce sont ces troubles, c'est l'amnésie à ses degrés divers, qui constituent le substratum de la démence sénile. Depuis la diminution dans le nombre et la vivacité des images mentales jusqu'à la destruction complète de ces images, il existe toute une gamme de modifications cérébrales que reflète fidèlement à l'observateur l'hallucination de l'ouïe du dément sénile délirant.

Mémoire, imagination, pouvoir d'association des idées, toutes facultés si nécessaires à la production des hallucinations, diminuent dans la sénilité cérébrale. La rareté des troubles psychosensoriels serait extrême dans la démence sénile si, par contre, d'autres facteurs ne venaient en favoriser l'éclosion, je veux dire l'amoindrissement de l'exercice de l'attention et de la volonté, la diminution des impressions externes et l'excitation interne des appareils sensoriels. Ces conditions, dont Baillarger a fait ressortir l'importance, se trouvent souvent réalisées chez le vieillard et nous expliquent comment, avec une mémoire amoindrie, une imagination affaiblie, un pouvoir d'association limité,

le dément sénile délirant peut avoir des hallucinations de l'ouïe; mais du fait même qu'elles se sont développées sur un terrain démentiel elles offrent des caractères spéciaux.

D'après ce que je viens de dire, les hallucinations seront d'autant moins fréquentes au cours des psychoses séniles que l'amnésie sera plus prononcée. De là des divergences d'appréciation sur la fréquence de ces troubles psycho-sensoriels, ainsi qu'en témoignent les travaux qui ont trait aux psychopathies de la vieillesse. (Toulouse[1], Ollivier[2].)

Des conditions propres à la sénilité, les affections scléreuses de l'oreille, par exemple, en déterminant une excitation du centre auditif cortical, contribuent à rendre plus commune l'hallucination auditive. Furstner, cité par M. Ritti[3] dans son important travail sur les psychoses de la vieillesse, pense que des lésions de l'oreille peuvent donner naissance à des « bruits subjectifs qui se transforment insensiblement en hallucinations et provoquent des idées délirantes en rapport avec les tendances méfiantes du malade. »

Je me bornerai à dire que, d'après mes observations, les hallucinations auditives accompagnent surtout les idées de persécution et que les vieillards que j'ai observés accusaient des troubles de l'audition (dureté de l'ouïe, sifflements, bourdonnements); je suis donc convaincu que les altérations de l'appareil auditif du vieillard augmentent à cet âge, dans une large mesure, le nombre des hallucinés de l'ouïe.

Les hallucinations auditives dans la démence délirante sont élémentaires, communes ou verbales; ces dernières, plus complexes, plus intellectuelles, offrent un réel intérêt, et c'est d'elles que je m'occuperai surtout. Chez une de mes malades, j'ai rencontré, variété peu commune signalée par M. Séglas, l'hallucination combinée, motrice et auditive verbale. Il s'agit d'une femme Mar..., âgée de quatre-vingt-six ans, démente avec idées de persécution. Elle entend très nettement la voix de ses fils

1. Toulouse, *Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme.* (Th. Paris, 1891.)
2. Ollivier, *Contribution à l'étude des maladies mentales des vieillards et en particulier de la démence sénile.* (Th. Paris, 1891.)
3. Ritti, *Les psychoses de la vieillesse.* (Congrès de Bordeaux 1895, p. 28.)

qu'elle différencie de celle de toute autre personne; elle a donc des hallucinations auditives verbales incontestables. Lorsqu'elle perçoit des voix, elle remue les lèvres, semble marmotter, et comme un jour je lui demandais si elle entendait bien, elle me répondit : « Ça dépend comme la langue tourne et les lèvres marchent. » Il semblerait que l'image motrice d'articulation ait réveillé ici l'image auditive; mais, sans vouloir établir de subordination entre ces deux images hallucinatoires, je me bornerai à constater l'association qui s'est produite entre les deux centres corticaux.

Les hallucinations de l'ouïe sont ordinairement bien extériorisées, et contrairement à l'opinion de M. Pécharman[1], elles ne se réduisent pas à de simples sifflements ou grondements. Les déments séniles mélancoliques ou persécutés entendent des voix, en indiquent la direction et souvent désignent les individus dont elles émanent. Ce sont de préférence, suivant la loi même de régression de la mémoire, les voix de personnes connues de longue date, celles par exemple de leur mère, de leur père, de leurs enfants, d'anciens amis, etc.

Au cours du délire mélancolique, ou des idées de persécution, les hallucinations auditives revêtent le caractère injurieux et ont trait à des idées de vengeance, de haine, de menace. Pour M. Ollivier[2], dans le cas d'idées de persécution, contrairement à ce qui se produit dans le délire de persécution proprement dit, « les hallucinations de l'ouïe n'ont pas toujours le caractère injurieux; ce sont le plus souvent des conversations sans importance qui sont entendues, parfois cependant des propos orduriers » ; mes observations ne m'autorisent pas à faire semblable distinction.

Le double cachet de ces hallucinations d'être à la fois des voix de personnes anciennement et bien connues, et des voix menaçantes ou injurieuses, nous explique pourquoi nombreux sont les vieillards qui nourrissent contre leurs proches ou des personnes chères depuis longtemps des sentiments hostiles en contradiction avec ceux qu'ils avaient manifestés pendant leur

1. Pécharman, *Essai sur les psychoses de la vieillesse.* (Th. Paris, 1893.)
2. Ollivier, *loc. cit.* p. 29.

longue carrière. Sous l'empire d'une hallucination de l'ouïe ils déshéritent leurs parents et condamnent leur porte à leurs plus vieux amis.

La nommée Mar..., dont j'ai déjà parlé, entendait la voix de ses fils qui, de la rue, proféraient des menaces et cherchaient à pénétrer par la fenêtre; elle passait une partie de la journée et de la nuit assise sur son lit, anxieuse, tendant l'oreille; mais sa mémoire était peu fidèle, aussi quand la femme d'un de ses fils venait la visiter, elle oubliait ses griefs imaginaires pour la recevoir aimablement: l'amnésie devient ainsi un heureux correctif des troubles psycho-sensoriels.

Les voix perçues ne sont pas toujours celles des familiers, parfois elles se rapportent aux personnes qui, par une particularité quelconque, ont frappé l'esprit du vieillard tombé dans l'enfance. Un nommé Gor..,, âgé de soixante-dix-sept ans, dément, avec idées de persécution, entendait l'homme à la jambe de bois, comme il l'appelait, dire de lui: « C'est un coquin, c'est une canaille, il sera mort pour demain. » Est-il besoin d'ajouter que le malheureux infirme n'avait jamais injurié Gor... et que s'il avait été désigné dans l'hallucination c'est uniquement parce que sa jambe de bois avait impressionné le dément en lui communiquant une crainte analogue à celle qu'éprouvent quelques enfants à la vue d'une infirmité.

Quand des souvenirs anciens ou des impressions vives n'actionnent pas le cerveau du dément délirant, l'hallucination se présente alors avec des caractères moins précis. La voix perçue n'est plus celle d'un être connu, l'idée de l'insulteur ne s'impose pas nettement à l'esprit, et l'imagination du vieillard n'est plus assez vive pour donner d'elle-même une forme précise, définie à son hallucination.

Boul..., âgé de soixante et un ans, dément avec délire mélancolique, idées de persécution, de culpabilité, de suicide, exhale devant moi ses plaintes en ces termes: « On dit toujours du mal de moi, toute la journée et toute la nuit; on dit que je ne veux pas travailler. Tout le monde dit; il n'y a pas besoin de lui sur la terre, autant qu'il s'en aille, etc. »

Il est impossible à cet halluciné de désigner la ou les personnes qui le calomnient de la sorte, L'affaiblissement des facultés mentales est ici plus accentué que chez les autres malades aux-

quels j'ai fait allusion ; la démence, en progressant, donne un cachet de plus en plus flou aux hallucinations qui finissent par s'éteindre peu à peu en approchant du terme de la vie.

Le dément ne peut plus faire d'acquisitions nouvelles, aussi son répertoire hallucinatoire est-il composé tout entier des souvenirs anciens et se renouvelle-t-il difficilement. L'interrogatoire de ces malades devient à ce point de vue d'une monotonie désespérante, « leurs hallucinations et leurs conceptions délirantes sortent rarement d'nn cercle assez étroit (Ball et Chambard[1]) ». Les idées se suivent toujours dans le même ordre, leur enchaînement n'a plus la souplesse qu'on retrouve dans le cerveau adulte, et cette sorte d'ankylose cérébrale, qui exclut la variété des conceptions, produit ce que je pourrais appeler le rabâchage hallucinatoire.

Les premières hallucinations sont souvent nocturnes. La nommée Mar... avait, au dire de son fils, présenté, plusieurs mois avant son entrée dans mon service, des hallucinations auditives pendant la nuit seulement. Quand la démence est très accentuée elles se font de moins en moins fréquentes pendant le jour pour devenir plus nettes durant la nuit. Il en était ainsi chez Boul... Certains malades, comme l'a remarqué M. Toulouse[2], ne savent pas dire s'ils ont des cauchemars ou des hallucinations véritables. « C'est principalement pendant la nuit, écrivent MM. Ball et Chambard[3], que les vieillards déments sont en proie à leurs hallucinations et à leurs terreurs. » Je crois pouvoir préciser davantage en disant qu'au début de la démence sénile délirante comme à son déclin, le sommeil ou le passage de la veille au sommeil, l'hypnose naturelle en un mot, rend manifestes des phénomènes psycho-sensoriels, qui resteraient latents à l'état de veille. Pendant le sommeil, la volonté a perdu ses droits, les impressions extérieures sont réduites à leur minimum et l'attention n'est plus sollicitée, toutes conditions avantageuses à l'exercice involontaire du peu de mémoire et d'imagination qui reste en partage au dément. Ainsi s'explique la fréquence des hallucinations nocturnes.

1. Ball et Chambard, *Dict. des sciences médicales*, art. DÉMENCE.
2. Toulouse, *loc. cit.*
3. Ball et Chambard, *loc. cit.*

A l'état de veille, il est facile de faire apparaître des hallucinations de l'ouïe. Comme les mêmes idées restent constamment associées entre elles, unies qu'elles sont par un lien étroit qu'a noué la démence, il suffit de prendre un mot, un nom dans le répertoire hallucinatoire d'un sujet, de le prononcer devant lui, pour déterminer une sorte de déclanchement, si je puis me permettre cette expression, de l'hallucination.

Près du lit de la femme Mar... je prononce le nom de son fils Mathieu, et quelques instants après elle entend les voix menaçantes de ses enfants qui viennent pour la tuer. Une autre fois je m'entretiens devant elle d'une nourrice, et presque aussitôt elle entend une voix qui lui parle de son enfant qu'elle a mis jadis en nourrice aux environs de Nancy. Chez le dément, l'activité cérébrale est amoindrie; mais il suffit d'une cause provocatrice interne (lésion de l'appareil auditif) ou bien externe (nom, mot entendus) pour faire naître une hallucination auditive verbale.

Jusqu'ici, je n'ai parlé que des conditions ordinaires, capables de provoquer spontanément des hallucinations dans la démence délirante. Je veux insister maintenant sur le rôle de la suggestion à l'état de veille dans ses rapports avec le réveil des hallucinations auditives. Au Congrès de Nancy[1], j'ai déjà parlé de la suggestibilité du dément sénile simple; eh bien, cette suggestibilité persiste au même titre quand des troubles vésaniques sont venus se greffer sur le fond démentiel.

Au cours d'une leçon clinique faite sur la démente hallucinée Mar..., je m'aperçus que je lui déterminais facilement des hallucinations auditives verbales, en me contentant de dire : « Vous entendez la voix de votre fils », ou bien « Vous entendez, on vous parle. » Elle percevait alors la voix de ses fils ou celle d'un boucher chez lequel elle se fournissait, il y a quarante ou cinquante ans.

Un jour, je lui affirmais à l'une de mes visites qu'elle entendait une voix, elle me répondit après quelques minutes de silence : « On me dit que vous vous en alliez tout doucement, que vous preniez la route à gauche, parce qu'on vous prendrait votre argent;

1. Pierre Parisot, *De quelques troubles psychiques et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile.* (Congrès de Nancy, 1896.)

il ne faut pas vous amuser dans les rues. » Pour bien saisir le sens de cette hallucination, je dois ajouter que cette vieille femme était hantée par l'idée d'un crime dont le vol aurait été le mobile, et que, d'autre part, elle pouvait être désireuse de voir cesser son interrogatoire. S'il suffit de dire aux déments : « On vous parle, vous entendez des voix », pour faire naître une hallucination latente en rapport avec leur délire habituel, il m'a été impossible de créer dans ces cerveaux séniles des hallucinations quelconques, comme on le fait chez les adultes soumis à la suggestion.

Je ne suis pas arrivé tous les jours à déterminer chez mes malades des hallucinations verbales nettes, précises; les manifestations psycho-sensorielles avaient souvent un certain caractère vague ou même ne se produisaient pas du tout, et, comme l'écrit très justement M. Bernheim[1], « l'individualité du sujet intervient dans la façon dont les hallucinations s'accomplissent, comme pour les autres phénomènes de la suggestion. » La suggestibilité variable avec chaque sujet se modifie aussi avec les progrès de la démence, et j'ai pu noter que, dans les derniers temps de sa vie, la femme Mar... avait perdu toute suggestibilité.

Sur deux hommes auxquels j'ai déjà fait allusion, j'ai tenté également la suggestion, et voici ce que j'ai observé :

Gor..., hémiplégique gauche, dément, avec idées de persécution, accusant un affaiblissement de l'ouïe et des sifflements dans l'oreille gauche, entend les hommes couchés dans la même salle que lui, à droite de son lit, le traiter de coquin. « Etes-vous sûr qu'on vous ait ainsi injurié? lui demandai-je. — Je l'ai entendu, répond-il, de mes oreilles et de ma bouche, hier encore, dans la matinée. — Quel est l'homme qui vous a parlé? — C'est le malade assis au troisième lit, à ma droite. »

Profitant d'un jour où ce malade n'accusait pas d'hallucinations auditives, je lui fis de la suggestion. Après avoir obtenu le silence autour de lui : « Ecoutez maintenant, lui dis-je; vous entendez? — J'entends bien, répond-il, que ces hommes parlent ensemble, mais je ne comprends pas ce qu'ils disent; leur

1. Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 1891, p. 118.

voix vient de droite. » Le malade percevait ainsi, par suggestion, des paroles confuses, et l'hallucination n'arrivait pas au degré de netteté, de précision qu'elle revêtait quand elle naissait spontanément. J'ai alors insisté en disant à plusieurs reprises : « Vous allez les comprendre. » Mais mes efforts ont été vains; la perception psycho-sensorielle est restée imparfaite et le dément m'a répondu : « Je ne comprends pas ; j'entends bien qu'on parle, mais je ne sais pas ce qu'on dit. »

Boul... a une démence plus accentuée que le précédent et, malgré cette condition défavorable, je cherche à le suggestionner, et vais transcrire mes paroles et ses réponses. Au moment où je l'interroge, il n'a pas d'hallucinations et accuse simplement une certaine dureté de l'ouïe. « Vous entendez des voix? lui dis-je. — Je n'entends pas, répond-il. » J'insiste, et il me dit : « J'entends un peu causer, marmotter comme un son dans les oreilles. » De très courte durée, cette hallucination a le cachet d'une hallucination élémentaire, le dément ne perçoit qu'un son. A plusieurs reprises, j'ai reproduit ces expériences chez ces sujets, et il m'est arrivé certains jours de les trouver réfractaires à la suggestion.

Ainsi donc, je fais entendre par suggestion à la femme Mar... des voix exprimant des idées bien nettes, la voix menaçante de son fils, par exemple; à Gor... je fais percevoir des voix, mais dont il ne comprend pas la signification, et enfin, à Boul... je ne puis faire entendre que des marmottements, des sons. Il y a là une gamme de suggestibilité décroissante qui permet de conclure que si l'on peut suggérer des hallucinations de l'ouïe aux déments délirants, la perfection, la netteté, le coloris de l'hallucination varient avec l'individualité et avec le degré de démence du sujet. Je désire, en terminant cette communication, résumer en quelques lignes les principaux caractères des hallucinations de l'ouïe dans la démence sénile délirante.

Résumé. — Les hallucinations de l'ouïe sont fréquentes dans la démence sénile délirante; elles accompagnent plus spécialement le délire avec idées de persécution.

Elémentaires, communes, auditives-verbales, elles sont quelquefois combinées auditives-verbales et motrices.

Elles concernent des faits anciens ou des personnes connues depuis longtemps, affectent souvent le caractère triste ou injurieux, et leur reproduction monotone témoigne du défaut de mémoire et d'imagination du dément sénile.

Au début des troubles délirants, elles se manifestent de préférence la nuit, et, quand la démence a fait des progrès, c'est encore la nuit qu'on les retrouve plus nombreuses. L'hypnose naturelle rend manifestes des phénomènes psycho-sensoriels qui resteraient latents à l'état de veille.

Les hallucinations auditives ont parfois besoin, pour éclore, d'une impulsion; il suffit d'un mot ou d'un nom bien connu prononcé devant un dément délirant, ou bien d'un sifflement ou de quelques bourdonnements produits par une lésion de l'oreille si commune à l'âge avancé.

La suggestion à l'état de veille permet souvent de faire renaître ou d'arrêter, au gré de l'observateur, des hallucinations auditives, mais elle ne peut en créer de nouvelles. Ces hallucinations provoquées se manifestent avec plus ou moins de netteté, suivant le degré de suggestibilité ou de démence des sujets.

MM. Vallon et Marie. — *Note sur les obsessions.*

D'une façon générale, les obsessions peuvent être considérées comme des excitations non diffusées à l'ensemble des centres nerveux, mais irradiés partiellement en un sens particulier. Les phénomènes secondaires ainsi produits sont d'autant plus intenses que l'irradiation est plus limitée à telle sphère déterminée; l'intensité et la limitation du phénomène réalisent une sorte de traumatisme dont l'action est plus ou moins impérieuse en même temps que plus ou moins consciente. Elle est d'autant moins consciente qu'elle est plus impérieuse à son summum. Il y a alors comme une personnalité nouvelle prenant naissance au sein de l'ancienne qui assiste impuissante à sa genèse.

On peut distinguer les irradiations de l'éréthisme obsessionnel, quel qu'il soit,

dans la sphère cénestésique : obsessions émotionnelles ;
— sensitivo-sensorielle : obsessions hallucinatoires ;
— motrice : obsessions impulsives ;
— psychique : obsessions intellectuelles,

et les combinaisons possibles de ces variétés entre elles. La combinaison la plus constante, et dont on a voulu faire la règle, est celle qui comprend un certain degré de participation de la zone antérieure psychique, sous forme de phénomène de conscience plus ou moins complet, avec intervention plus ou moins effective des centres phrénateurs qui en dépendent. Ces centres peuvent être secondairement obnubilés ou en partie absents primitivement ou du moins incomplètement développés.

Ils peuvent enfin être perturbés et participer à l'éréthisme morbide sous forme de conception délirante associée, ou d'adhésion volontaire à l'impulsion maladive. L'absence congénitale ou l'abolition acquise des fonctions modératrices des centres conscients n'empêche pas l'obsession d'exister avec ses attributs essentiels. Elle peut s'installer définitivement et d'une façon permanente, constituant une sorte de psychose partielle chronique, avec démence par extinction des fonctions supérieures rectificatives.

M. Dubourdieu. — *Sur un signe non encore mentionné de dégénérescence mentale.*

Dans les observations médicales relatives à des dégénérés, on relève entre autres stigmates physiques de dégénérescence portant sur la tête, l'asymétrie faciale et cranienne, la voûte palatine ogivale, l'étroitesse du front, etc., etc. Il semble qu'on se soit peu occupé d'un signe que M. le Dr Girma et moi avons rencontré souvent, à savoir l'étroitesse temporale coexistant avec un front étroit ou plus généralement large.

Cet espace temporal est constitué à l'état normal chez l'homme physiquement et psychiquement bien constitué, en bas par la queue du sourcil et en haut par la ligne plus ou moins curviligne d'implantation des cheveux sur le crâne ou par un éperon, une sorte de promontoire qui s'en détache et qui est peu pro-

noncé dans la majorité des cas. La hauteur de l'espace qui nous occupe, ainsi qu'il ressort de mensurations pratiquées sur vingt-cinq individus normaux, appartenant aux deux sexes, est en moyenne de 0m025 millimètres.

Chez les dégénérés inférieurs, au contraire (ce sont les seuls que nous ayons en vue dans cette communication), comme nous le disions plus haut et ainsi qu'il ressort du tableau annexé à notre travail, nous avons constaté que cette hauteur diminue et tombe au-dessous de 0m020 millimètres, même avec des fronts hauts. Chez les idiots, en raison de la jonction presque habituelle du promontoire pilaire avec la queue du sourcil, l'espace temporal est encore diminué et parfois même a complètement disparu.

Ce signe d'étroitesse temporale, tel que nous venons de le décrire, semble bien être un signe de dégénérescence puisqu'il ne se retrouve que chez le dégénéré et qu'il existe concurremment avec d'autres signes physiques ou psychiques, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-joint.

Il nous semble donc important à connaitre, d'abord, parce qu'en l'absence d'autres signes de dégénérescence il peut mettre sur la voie du diagnostic, et qu'ensuite, en l'ajoutant à d'autres signes de dégénérescence peu nombreux et peu importants, il contribue à fixer un diagnostic flottant et irrésolu.

Au point de vue de la physiologie pathologique, on pourrait peut-être interpréter ce signe de la façon suivante : Les troubles du langage, tels que zézaiement, bégaiement, blésité, embarras de la parole, vocabulaire restreint, si fréquents chez les dégénérés inférieurs, semblent avoir leur siège dans la troisième circonvolution frontale gauche qui correspond à peu près à la surface temporale décrite plus haut. Ne peut-il pas se faire dès lors que cette surface devenant plus petite ait gêné l'expansion complète du cerveau à ce niveau, de façon à provoquer les troubles signalés plus haut? Et à l'appui de ce dire nous pourrions insinuer que, de nos recherches, il résulte que précisément chez les idiots, où l'étroitesse temporale est le plus marquée, là précisément se rencontrent les troubles les plus nombreux et les plus profonds du langage. Somme toute, nous n'émettons là qu'une simple hypothèse que des recherches ultérieuses seules pourront confirmer ou infirmer.

1° Hommes.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC.	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Lass... Julien.	18	S. p.	15 juillet 1896.	Imbécillité et épilepsie.	Voûte palatine surbaissée; mains petites; imberbe; dents écartées.	Oui.			Oui.	Mère aliénée à l'asile; érotique; illettré; rire niais; vanité et satisfaction béate; raisonnement et jugement puérils; impulsions dangereuses après les attaques; affectivité et sens moral émoussés.	Oui.	0^m015
Larr... J. Bertrand.	25	Cultivateur.	9 juillet 1897.	Débilité mentale.	Lobule auriculaire épais, adhérent, tiré, oreille petite; dolichocéphalie; dents très petites; voûte palatine étroite; prognathisme léger; macrocéphalie; imberbe; paraît avoir quinze ans.	Oui.			Oui.	Ex-garde républicain; propos puérils et absurdes; idées matrimoniales absurdes trahissant la débilité mentale; jugement et raisonnement restreints.	Oui.	0^m015
Alth... Pierre.	25	Cultivateur.	6 juillet 1897.	Débilité mentale.	Maxillaire inférieur déformé; dents petites, à direction déviée, écartées; voûte palatine étroite; asymétrie faciale.	Oui.			Oui.	Frère inintelligent; malade depuis sa rentrée du régiment; tendances à boire; irritable; impulsions homicides et incendiaires; paresseux; fugues conscientes mais involontaires, avec aura; hallucinations vagues de l'ouïe; sans délire.	Oui.	0^m001 confondu.
Loub... J.-Marie.	34	Cultivateur.	17 mai 1895.	Débilité mentale.	Voûte palatine étroite; dents mal plantées, petites.		Oui.		Oui.	Débilité mentale avec syndrome sous forme d'idées ambitieuses; remords absurdes; confusion mentale; hallucinations de la sensibilité générale; délire confus et incoordonné.	Oui.	0^m015 confondu.
Iste... Jean.	52	Serrurier.	9 mars 1897.	Débilité mentale.	Front asymétrique; dents écartées, petites, mal implantées; asymétrie cranienne; voûte palatine étroite et surbaissée.		Oui.		Oui.	Très violent; irascible; obnubilation du sens moral et de l'affectivité; sans délire ou hallucinations; vient de la prison; croit posséder certains pouvoirs surnaturels; raisonnement parfois puéril; jugement défectueux; bizarre; impulsif; quelques idées de persécution vagues avec confusion mentale.	Oui.	Confondu.
Lafl... Pierre.	18	Domestique.	21 décembre 1896.	Débilité mentale.	Asymétrie faciale et cranienne; oreilles petites, mal ourlées; voûte palatine étroite, ogivale; dents petites, inégales, cariées, espacées.		Oui.	Oui.		Taciturne; paresseux; intermittence dans ses accès de folie; côté paternel, maladies nerveuses; insuffisance intellectuelle avec retours périodiques d'excitation maniaque; mobile; bizarre; parfois violent; souvent tombant dans la stupeur; affectivité et conscience obnubilées.	Oui.	0^m015
Manes... Isidore.	25	Cultivateur.	17 septembre 1896.	Débilité mentale avec syndrome épisodique.	Oreille petite, à lobule adhérent, tirée en bas; face asymétrique; voûte palatine ogivale et très étroite.		Oui.		Oui.	Sombre; irritable; très violent; mysticisme auquel font place des idées de persécution confuses avec insomnie et violences; croyances diaboliques; jugement débile; tiqueux; sournois; aboulique; impulsif.	Oui.	0^m015 peu confondu.
Capd... Paul.	24	Cultivateur.	14 août 1896.	Débilité mentale.	Zygomes saillants; oreilles mal ourlées; voûte palatine étroite; dents écartées, petites.		Oui.		Oui.	Instable; crises d'agitation violente et de lypémanie sans caractères bien nets; intelligence très médiocre; tendances à boire; idées de persécution; jugement débile; phobies. — Certificat de quinzaine : débilité mentale avec syndrome épisodique provoqué par l'alcool et revêtant successivement la forme maniaque et lypémaniaque.	Oui.	Confondu.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC.	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Lapor... Emmanuel.	21	Soldat.	8 juin 1896.	Débilité mentale.	Lobule adhérent; voûte palatine surbaissée; dents écartées.		Oui.	Oui.		Soldat réformé pour indiscipline; blésité; excitation maniaque sous forme de syndrome épisodique; instabilité mentale; a fait plusieurs métiers; trimardeur; est allé chercher du travail jusqu'en Amérique; mauvais instincts. — Certificat de quinzaine : folie de dégénérescence avec obnubilation intellectuelle; amnésie de son accès passé; intelligence débile et confuse; sans énergie; sans volonté.	Oui.	0m015
Barn... Louis.	16	S. p.	4 septembre 1895.	Débilité mentale.	Dents petites, mal implantées; voûte palatine étroite; imberbe; asymétrie cranienne : oreille petite.	Oui.			Oui.	Instabilité mentale; caractère violent, irritable, querelleur; paresseux : une fugue pendant deux jours; absence de sens moral; instinctif génital. — Certificat de quinzaine : dégénérescence intellectuelle avec obnubilation du sens moral et de l'affectivité; instabilité mentale; inattention; jugement bien au-dessous de son âge.	Oui.	0m015 un peu confondu.
Réver... Alfred.	35	Colporteur, ex-peintre.	1er juillet 1897.	Dégénérescence.	Tête asymétrique; oreilles petites; voûte palatine surbaissée.	Oui.			Oui.	Instabilité mentale; alcoolique; maraudeur; trimardeur; habitué des prisons; mal équilibré; obnubilation du sens moral et de l'affectivité.	Oui.	0m02 confondu.
Etchcb... Bertrand.	25	Cultivateur.	25 mai 1897.	Confusion mentale et dégénérescence.	Oreille mal plissée, à gros lobule adhérent; imberbe; voûte palatine étroite; dents très petites, mal implantées.	Oui.			Oui.	Difficulté d'apprendre; caractère sombre, sournois, peu sociable; accès maniaque subit; croyance de possession diabolique; puis dépression et mutisme sans délire ni hallucinations bien caractérisées; aboulie; confusion mentale.	Oui.	0m01 un peu confondu.
Val... Par...	28	Ex-sergent d'Infrie de marine.	17 mai 1897.	Démence, suite de dégénérescence.	Oreilles petites; dents mal implantées, inégales; voûte palatine surbaissée; asymétrie faciale légère.	Oui.			Oui.	Apathie; aboulie; affaiblissement de l'intelligence; hallucinations vagues; phobies; sans désir; incapable de se conduire normalement; inconscience du milieu ambiant.	Oui.	0m003 confondu.
Bernat... Pierre.	28	Forgeron	4 décembre 1896.	Démence, suite de dégénérescence.	Oreille petite, à lobule adhérent; nez dévié; voûte palatine étroite; microdentisme inférieur; front asymétrique; ptosis gauche.	Oui.			Oui.	Faible d'esprit; père violent; mère « plus d'à moitié folle ». Obtusion mentale confinant à la démence; absence de sens moral; vient de prison; surdité mentale; plus intelligent autrefois.	Oui.	0m012
Lass... Jean.	28	Domestique.	21 mars 1897.	Imbécillité.	Taille petite; presque imberbe; gros lobule auriculaire légèrement adhérent; voûte palatine étroite et surbaissée; dents mal implantées.	Oui.		Oui.		Incendiaire; absence d'affectivité; vient de prison; ignore le mobile de son crime; impulsions dangereuses; tiqueux; imbécile; obsessions (suicide et pyromanie); raisonnement et jugement enfantins; rire niais.	Oui.	0m01 confondu.
Bord... Thomas.	44	Journalier.	19 juillet 1897.	Imbécillité.	Gros lobule auriculaire; dents mal implantées; voûte palatine ogivale; asymétrie faciale.		Oui.		Oui.	Incohérent; confusion mentale; idées de grandeur à la façon des imbéciles; jugement et intelligence débiles; absence de sens moral; idées vagues de persécution sans consistance, dénotant la pauvreté d'idées du sujet.	Oui.	0m02
Caz... Adrien.	32	Domestique.	28 juin 1896.	Imbécillité.	Oreille petite, mal ourlée, à lobule adhérent; voûte palatine étroite; crâne et face asymétriques.	Oui.		Oui.		Susceptibilité extrême à l'alcool; panophobie; idées de persécution vagues et niaises; obnubilation du sens moral; raisonnement débile; objet de risée pour ses camarades; confusion mentale.	Oui.	0m01 confondu.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Cist... Cyprien.	25	Cordonnier.	30 juillet 1891.	Imbécillité.	Voûte palatine étroite; dents petites; arcade maxillaire inférieure non curviligne; lobule adhérent; face asymétrique.	Oui.			Oui.	Crédulité sotte et niaise; susceptibilité extrême à l'alcool: rire niais: intelligence très faible, inconscience; absence de sens moral et d'affectivité; sotiloquie.		Confondu.
Bay... Julien.	14	S. p.	20 mars 1897.	Idiotie méningitique.	Lobule adhérent; oreilles très plissées; tiqueux; prognatisme inférieur; voûte palatine surbaissée; nanisme; paraît avoir six ans; rachitisme; macrocéphalie.	Oui.		Oui.		Mère morte aliénée: méningite à deux ans; marche à cinq ans; absence de sens moral, d'intelligence, d'affectivité; instincts pyromanes et de destruction; irritabilité; phobies diverses: vocabulaire très restreint: impulsif; sans cesse en mouvement; instincts de défense et de la vie végétative.		Confondu.
Cab... Pierre.	25	S. p.	9 février 1897.	Idiotie.	Oreille petite, à lobule gros et adhérent; presque imberbe; dents très petites, écartées, mal implantées; voûte palatine très étroite; dolichocéphalie.	Oui.		Oui.		« Sœur idiote »; grand'mère maternelle morte aliénée; mère irritable, criant et menaçant sans cesse; père mort alcoolique. Instincts de destruction; impulsions homicides; inconscience; niaiserie; mutisme; sans instruction: gâteux; absence complète d'intelligence, d'affectivité, de sens moral, etc.	Oui.	$0^{m}01$
Gel... Jean.	17	S. p.	18 mai 1896.	Idiotie et épilepsie.	Hématome; tête et face asymétriques; imberbe; lobule adhérent; hémiplégique gauche; dents petites, mal implantées, écartées; acrocéphalie, etc.	Oui.		Oui.		Hémiplégie infantile; inintelligent; retiré de l'école d'où il s'enfuyait; depuis, fréquentes attaques de haut mal qui ont abaissé le niveau intellectuel: inconscience; kleptomanie. Tante très nerveuse; mère inintelligente.	Oui.	$0^{m}015$ confondu.
Por... Jean.	15	S. p.	18 avril 1895.	Idiotie et vertiges épileptiques.	Taille petite; main infantile; tache cornéenne; voûte palatine étroite; asymétrie cranienne.	Oui.			Oui.	Vocabulaire borné à des monosyllabes; vif et emporté; convulsions infantiles; mauvais instincts (vol, incendie, agressif, méchant, obscène, masturbateur). Père alcoolique; tante nerveuse, placée dans un hospice.	Oui.	Confondu.
Sast... François.	35	S. p.	9 mars 1895.	Idiotie.	Lobule auriculaire adhérent; oreille petite; strabisme; dents petites, mal implantées; mains infantiles; surdi-mutité.	Oui.		Oui.		Idiot de naissance et sourd-muet. — Certificat de quinzaine: idiotie avec surdi-mutité et arrêt de développement physique, coïncidant avec un arrêt intellectuel; incapable de se conduire.		
Ricard... Louis.	19	Cultivateur.	8 mars 1897.	Manie de dégénérescence.	Presque imberbe; voûte étroite; dents petites, mal implantées; asymétrie cranienne; nez dévié.	Oui.			Oui.	Oncle maternel aliéné. Migraineux; manie aiguë au milieu de laquelle se rencontre un délire pauvre, incoordonné, confus et polymorphe.	Oui.	Confondu.
Lacl... Jules.	21	S. p.	12 septembre 1897.	Epilepsie.	Asymétrie cranienne.	Oui.			Oui.	Chute sur la tête à huit ans; troisième internement; instabilité mentale; emporté; buveur; irascible; insociable; indigence intellectuelle; jugement débile; blésité; surdité congénitale. Père alcoolique et brutal; mère nerveuse.	Oui.	$0^{m}012$
Ric... J.-Baptiste.	23	Soldat.	7 juillet 1897.	Délire de persécution de dégénérescence.	Lobule adhérent; oreille petite; imberbe; voûte palatine étroite; dents petites, inégales, espacées.		Oui.	Oui.		Délire de persécution de dégénérescence confus, mal bâti, incohérent, sans aucun lien: inconscient; devenu malade pendant son service militaire; discours puérils.	Oui.	$0^{m}02$

2° Femmes.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Lapauz... Marie.	33	S. p.	24 juin 1897.	Hystérie chronique.	Oreille petite, asymétrique; dents petites, écartées, mal implantées; crâne et face asymétriques.		Oui.		Oui.	Nerveuse; vive; agressive; irritable; adonnée aux pratiques somnambuliques: hallucinée de l'ouïe et de la vue: idées de persécution vagues; néologismes; vie irrégulière quant à la conduite.	Oui.	0m02
Duj... Marguerite.	34	Ménagère.	3 mai 1897.	Folie hystérique.	Taille petite; lobule auriculaire adhérent, tiré; système pileux développé; dents cariées, inégales, mal implantées; voûte palatine très étroite; tête et face asymétriques.	Oui.			Oui.	Bizarreries de caractère; irritable; délire protéiforme, confus, sous forme de persécution et de lypémanie; frère très nerveux; elle-même très intelligente? — Certificat de quinzaine: folie névropathique avec alternatives de dépression profonde et d'animation; hallucinations de l'ouïe et de la vue; grimacière; phases de mutisme; occlusion des yeux.	Oui.	0m015
Labas... Jeanne, vve M...	40	Ménagère.	27 avril 1897.	Manie hystérique et héréditaire.	Lobule auriculaire adhérent à gauche; tête asymétrique; dents cariées: goitre.	Oui.		Oui.		Sœur aliénée; grand-père aliéné; père aliéné. Forme maniaque succédant à la folie religieuse; tendances au vagabondage impulsif; idées mystiques; irritable; impulsive. — Certificat de quinzaine: manie hystérique et héréditaire avec délire mystico-érotique.	Oui.	0m015
Sagar... Marie, fe B...	34	Ménagère.	21 mars 1897.	Folie hystérique.	Oreille mal ourlée, à lobule légèrement adhérent; front asymétrique; dents serrées, mal implantées.	Oui.			Oui.	Grand-père maternel mort aliéné; mère migraineuse, souvent alitée, tantôt gaie, tantôt triste; cousine suspecte. Malade: caractère vif; cause de son délire: chagrins intimes; excès de boissons; paresseuse; céphalée persistante; impulsions pyromanes: hallucinations auditives et visuelles; signes nombreux de la névrose hystérique; idées de persécution; impulsions agressives.	Oui.	0m01 confondu.
Clavl... fe L...	32	Ménagère.	29 janvier 1897.	Folie névropathique.	Oreille petite, à lobule adhérent; système pileux facial très développé; dents petites, inégales, cariées, mal implantées; léger goitre.	Oui.		Oui.		Agitée, excitée, menaçant d'incendier sa maison; puis tristesse, idées vagues de persécution; idées de suicide; illusions de la vue, signes de la névrose.	Oui.	0m01 confondu.
Laff... Léontine.	21	Couturière.	7 mai 1897.	Débilité mentale.	Oreille mal ourlée; lobule adhérent; face asymétrique; dents petites, mal implantées, chevauchant les unes sur les autres; voûte palatine étroite; taille petite.		Oui.		Oui.	Débilité mentale; idées de grandeur de dégénérés; hallucinations mystiques; s'est crue Jeanne d'Arc. — Certificat de quinzaine: dégénérescence avec troubles épisodiques; hallucinations de la vue, impulsions, exaltation mystique.	Oui.	0m015
Lag... Marie.	16	Ménagère.	3 avril 1897.	Débilité mentale.	Dents petites, très serrées; oreilles très petites, mal ourlées; main petite; voûte palatine étroite.	Oui.			Oui.	Arrêt de développement; lypémanie partielle; état maniaque; idées de persécution. — Certificat de quinzaine: débilité mentale par atrophie des facultés; niaise; incohérente; crises d'excitation.	Oui.	0m01 confondu.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Puy... Marie-Louise.	21	Couturière.	20 mars 1897.	Débilité mentale.	Dents petites, mal implantées; lobule adhérent; goitre.	Oui.			Oui.	Manie par dégénérescence: perte de l'affectivité; scènes de violence: sitiophobie; impulsions homicides et à tout briser; intelligence moyenne? idées mystiques; incohérence. — Certificat de quinzaine : absence de sens moral; dégénérescence; impulsions; hallucinations auditives; rire niais: soliloquie.	Oui.	0m02 un peu confondu.
Toul... Marie.	23	Domestique.	9 décembre 1896.	Débilité mentale.	Oreille mal ourlée, à lobule adhérent; face asymétrique; taille plutôt petite; voûte palatine très étroite; dents petites, inégales, mal implantées.		Oui.	Oui.		Délire des dégénérés; débilité mentale avec phases alternatives de dépression et d'excitation associées à de l'incohérence.	Oui.	0m02 un peu confondu.
Elgol... fe Ou...	30	Ménagère.	14 septembre 1896.	Débilité mentale.	Système pileux facial très développé; lobule auriculaire gros, adhérent; oreilles mal ourlées; voûte palatine surbaissée; dents inégales; léger goitre.		Oui.		Oui.	Père et mère nerveux: oncle affecté de troubles mentaux. Déséquilibrée entièrement à la suite d'une troisième grossesse; peu intelligente; buvait un peu; hypocondrie il y a deux ans, puis lypémanie et ensuite excitation maniaque avec impulsions dangereuses. — Certificat de quinzaine : lypémanie de dégénérescence avec obnubilation mentale.	Oui.	0m015 confondu.
Des... fe L...	48	Ménagère.	10 septembre 1896.	Débilité mentale avec syndrome épisodique.	Oreille petite; voûte palatine surbaissée; dents petites, mal implantées; front asymétrique.		Oui.	Oui.		Frère interné et mort dans un asile. Agitation et impulsions subites; caractère vif et emporté; migraineuse; lypémanie avec sitiophobie et craintes d'empoisonnement, ayant débuté par propos puérils et illogiques. — Certificat de quinzaine : lypémanie de dégénérescence, puis plus tard agitation assez violente; propos puérils; débilité mentale.	Oui.	0m005 confondu.
Sare... fe Pec...	36	Ouvrière.	18 juin 1897.	Débilité mentale.	Lobule adhérent; dents mal implantées; strabisme.	Oui.		Oui.		Deuxième internement; alcoolique; idées de persécution et mystiques; idées de grandeur puériles; vagabondage; mendicité. — Certificat de quinzaine : débilité mentale avec syndrome épisodique à forme mystique et mégalomaniaque; vanité; idées de persécution: hallucinations auditives; raisonnement absurde.	Oui.	0m005 confondu.
Lal... Marie.	34	Femme de chambre.	10 avril 1896.	Débilité mentale avec syndrome épisodique.	Système pileux développé; front asymétrique; dents petites, inégales, chevauchant, mal implantées; oreille mal ourlée.		Oui.		Oui.	Tante morte aliénée; une autre tante excentrique; cousin mort aliéné; sœur en traitement à l'asile. Troisième accès; début par délire mystique; idées d'incendie; hallucinations visuelles et auditives : concentrée. — Certificat de quinzaine : syndrome épisodique de dégénérescence avec état d'excitation et délire mystico-érotique; altération de l'affectivité; impulsions hallucinatoires; incohérence des idées et des actes.	Oui.	0m01
Menj... Adèle.	33	Couturière.	29 novembre 1894.	Débilité mentale.	Lobule légèrement adhérent; dents petites, mal implantées; goitre; système pileux facial très développé.	Oui.			Oui.	« Membres de sa famille à caractère sournois, borné et absolu. » Dégénérée, névropathe très marquée; hallucinations auditives et visuelles et impulsions dangereuses.	Oui.	0m015 un peu confondu.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec ÉPERON.	Sans ÉPERON.	FRONT couvert.	FRONT découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	SIGNE particulier.	LARGEUR.
Sall... Marie.	33	Ménagère.	22 juillet 1897.	Débilité mentale.	Goitre; asymétrie faciale et frontale; oreilles petites.	Oui.			Oui.	Débilité mentale; raisons puériles; syndrome épisodique sous forme d'idées vagues de persécution.	Oui.	0^m015 confondu.
Lach... Jeanne.	23	Ménagère.	2 avril 1897.	Imbécillité et épilepsie.	Taille petite; microcéphalie; aspect enfantin; système pileux très développé; asymétrie faciale et cranienne; voûte palatine très surbaissée; dents petites, inégales, mal implantées.	Oui.		Oui.		Kleptomanie inconsciente; vagabondage; pyromanie. — Certificat de quinzaine: imbécillité avec instinctivité morbide; impulsions au vol et à l'incendie; épilepsie; balancement automatique; inconsciente; gâtisme; indigence intellectuelle profonde; incapable d'apprendre à l'école.	Oui.	0^m015 confondu.
Cant... Marie.	44	Ménagère.	18 avril 1897.	Imbécillité avec syndrome épisodique.	Voûte palatine surbaissée; édentée; oreilles petites, mal ourlées; figure et front asymétriques.	Oui.		Oui.		Grand'mère paternelle aliénée; frère épileptique; frère phtisique. N'a pu apprendre à l'école; fièvre typhoïde à six ans et indigence intellectuelle consécutive; caractère emporté; impulsive. — Certificat de quinzaine: imbécillité avec épisode maniaque et érotique; parfois excitée; demande un mari quelconque; incohérente et inconsciente.	Oui.	0^m005 un peu confondu.
Nich... Marie.	45	Ménagère.	18 avril 1897.	Imbécillité.	Lobule adhérent, tiré; dents mal implantées, séparées; voûte palatine très étroite; léger prognathisme.	Oui.		Oui.		Tante paternelle épileptique; elle-même a un enfant idiot; manie incendiaire; incapable de se guider seule et de s'habiller; accès d'agitation d'une courte durée et lypémanie anxieuse avec tendances pyromanes, panophobie, gémissements et pleurs.	Oui.	0^m02 un peu confondu.
Des... Joséphine.	19	S. p.	17 avril 1897.	Imbécillité et épilepsie.	Front asymétrique; voûte palatine très étroite, asymétrique, tordue autour de son axe.	Oui.		Oui.		« Raisonne comme une fillette de trois ans. » Ne sait rien faire; rire niais; tendances au vagabondage; intelligence affaiblie. — Certificat de quinzaine: imbécillité épileptique avec signes de dégénérescence; inconscience; apathie; raisonnement débile.	Oui.	0^m02 un peu confondu.
Desb... fe Cur...	34	Ménagère.	27 août 1896.	Imbécillité.	Crâne et face asymétriques; dents petites, inégales, mal implantées; oreille petite, à lobule légèrement adhérent.		Oui.		Oui.	Frère mort aliéné. — Certificat de quinzaine: imbécillité avec idées de persécution et hallucinations auditives; raisonnement puéril et absurde; revendique des biens imaginaires et va demander une indemnité de 100,000 francs.	Oui.	0^m015 un peu confondu.
Ferm... Eugénie.	31	S. p.	6 juillet 1896.	Imbécillité et épilepsie.	Strabisme; front asymétrique; prognatisme inférieur; dents écartées, mal implantées.	Oui.		Oui.		Attaques fréquentes; vertiges; affaiblissement de l'intelligence; obnubilation du sens moral, de l'affectivité, de la mémoire; raisonnements absurdes et caractéristiques.	Oui	0^m02 un peu confondu.
Cap... Céline.	38	Ménagère.	30 avril 1896.	Imbécillité.	Oreille petite, à lobule adhérent; dents inégales; front asymétrique.	Oui.		Oui.		Agitation; hallucinations auditives et visuelles; délire vague sans aucune fixité dans les idées ou paroles; impulsions; absence de sens moral; intelligence très bornée; paresseuse; ne peut rester nulle part en place; « caractère exécrable »; idées mytiques; impulsions incendiaires inconscientes. — Certificat médical: imbécillité avec syndrome (absence de jugement, de raisonnement et de sens moral); délire polymorphe avec idées de persécution.	Oui.	0^m015 un peu confondu.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE.	PROFESSION	ENTRÉE.	DIAGNOSTIC	STIGMATES PHYSIQUES.	Avec éperon.	Sans éperon.	Front couvert.	Front découvert.	STIGMATES PSYCHIQUES.	Signe particulier.	LARGEUR.
Dup... Mélanie.	30	S. p.	15 mars 1896.	Imbécillité et épilepsie.	Crâne et face asymétrique; dents petites, mal implantées; taille petite; claudication.	Oui.		Oui.		Kleptomane; très impulsive; raisonnement débile; idées de satisfaction niaise et béate; n'a pu apprendre à l'école; entêtée; affectivité émoussée. — Certificat de quinzaine : imbécillité avec arrêt de développement de l'intelligence; raisonnement décousu; idées pauvres; idées de mariage absurdes.	Oui.	0m01 confondu.
Port... Marie.	35	S. p.	21 juillet 1895.	Idiotie.	Petite taille; dents petites, mal implantées; voûte palatine étroite; asymétrie frontale.	Oui.		Oui.		Absence d'intelligence, de sens moral, d'affectivité; prédominance d'instincts inférieurs; inconscience absolue; vie presque végétative et agitation automatique.	Oui.	0m02 confondu.
Clar... Léontine.	29	Couturière.	8 janvier 1896.	Folie de persécution de dégénérescence.	Front et face asymétriques; lobule adhérent; dents écartées; voûte palatine étroite; surdité.		Oui.		Oui.	Père, mère, frère, sœur internés à l'asile. — Certificat de quinzaine : folie de persécution par dégénérescence; idées de mariage absurdes et déraisonnables; tic vocal; délire incoordonné et absurde.		0m02 un peu confondu.
Clar... Maria.	35	Idem.	Idem.	Idem.	Lobule adhérent; tête asymétrique; dents mal implantées; voûte palatine étroite.	Oui.			Oui.	Mêmes renseignements héréditaires que ci-dessus. Délire de persécution de dégénérescence avec cause déterminante et prédisposante (hérédité, chagrins et ennuis d'amour); idées d'empoisonnement; troubles de la sensibilité générale.		0m02 un peu confondu.

Dans notre tableau, qui a trait aux deux sexes, nous rangeons parmi les dégénérés les hystériques et les épileptiques que la plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui à faire rentrer dans le cadre de la dégénérescence. Nous avons noté la présence ou l'absence de l'éperon pilaire, l'existence ou l'absence de hauteur du front, et enfin la largeur de l'espace temporal. Le tableau a été fait successivement pour le sexe masculin et le sexe féminin et par catégories de malades. On remarquera aussi, qu'à propos de la hauteur ou de la dimension de l'espace temporal, nous avons ajouté parfois le mot confondu ou un peu confondu. Cette expression signifie que l'éperon pilaire descend tellement bas, rétrécit si considérablement l'espace temporal qu'il se confond un peu ou entièrement avec la queue du sourcil.

Quant à l'hérédité des malades que nous aurions pu mettre dans une colonne spéciale, nous avons préféré la mettre dans celle des stigmates psychiques de manière à synthétiser davantage.

Enfin, pour fixer plus sûrement le diagnostic de dégénérescence, dans cette même colonne des stigmates psychiques nous avons parfois ajouté le texte du certificat médical de quinzaine, de façon à mieux préciser les signes que l'hérédité ou des renseignements incomplets ne permettaient pas de faire.

En résumé, sur cinquante-deux aliénés appartenant aux deux sexes, nous avons trouvé cinquante-deux fois l'étroitesse temporale, étroitesse plus ou moins accentuée. Chez vingt-quatre de ces malades, l'éperon pilaire était entièrement confondu avec la queue du sourcil et chez dix autres malades il était un peu confondu; autrement dit, l'éperon pilaire, sans toucher entièrement la queue du sourcil, était réuni à elle par des poils follets qui faisaient une ligne presque ininterrompue.

MM. A. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, et **Carle**, interne des hôpitaux. — *Syphilis et paralysie générale.*

L'histoire des relations qui existent entre la paralysie générale et la syphilis a subi d'étranges vicissitudes. Après l'affirmation catégorique faite par Essmarch et Jessen en 1857, plus tard par Kjelberg, d'Upsal (1865), et que ce dernier soutient encore[1], à savoir que la paralysie générale est une des manifestations tardives de la syphilis et que c'est à ce facteur seul que l'on doit l'attribuer, les observateurs qui se sont succédé depuis ne paraissent pas tout d'abord avoir partagé cette manière de voir, si bien que jusqu'en 1890, époque à laquelle cette question fut mise à l'étude au Congrès de Rouen, il semblait s'être répandu dans le public médical qu'il n'existait que fort peu de rapports entre ces deux maladies, et que loin de devoir considérer l'une comme entraînant nécessairement l'autre, il fallait au contraire ne voir dans les cas où elles coexistaient chez le même sujet qu'une coïncidence fortuite à laquelle on ne devait pas accorder une grande importance. C'est ainsi que nous voyons Régnier, au concours de 1888, pour le prix Falret, Christian et Mabille, au Congrès de neurologie de 1889, Dubuisson et Voisin, au Congrès de Rouen en 1890, rejeter unanimement que la syphilis pût être cause de la paralysie générale ou tout au moins cause fréquente. Ces auteurs étaient d'ailleurs encouragés dans cette opinion par les idées que M. le professeur Fournier avait exposées en 1879 dans son remarquable ouvrage sur la syphilis du cerveau où, pour expliquer l'existence du syndrome de la paralysie générale chez certains syphilitiques, il avait créé la *pseudo-paralysie générale syphilitique* qui devait se différencier de la vraie par tout un ensemble de symptômes et de phénomènes d'évolution.

Cependant, déjà au Congrès de Rouen des contradictions étranges s'étaient manifestées; alors que Dubuisson n'avait trouvé que 3,5 % d'antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux, Régis apportait une statistique de 94 % avec les cas probables. Dans de pareilles conditions, évidemment, l'un des deux se trompait. Des recherches nombreuses furent

1. Dr Dengler, Thèse de Nancy, 1893.

alors entreprises sur ce sujet qui changèrent totalement les idées que l'on avait professées jusque-là[1], si bien qu'aujourd'hui la plupart des auteurs semblent ralliés à l'idée de l'importance prépondérante de la syphilis dans la genèse de la péri-encéphalite diffuse; certains même sont tentés d'adopter entièrement l'opinion primitive des médecins suédois[2]. M. le professeur Fournier, dans son ouvrage sur *les Affections parasyphilitiques*, 1894, revenant sur sa première manière de voir, se déclare convaincu de la réalité de la relation de cause à effet qui unit la syphilis à la paralysie générale, et affirme que se refuser à admettre cette connexion « ce n'est rien moins que fermer les yeux à la lumière et méconnaître, de parti pris, ce que l'on peut appeler une évidence clinique. »

Les hasards de la clinique nous ont fait observer deux cas qui sont de nature à corroborer cette manière de voir. Dans l'un, il s'agit d'une paralysie juvénile ou précoce, survenue chez une jeune fille de dix-huit ans, due très nettement à une syphilis héréditaire; dans l'autre, ce sont des symptômes de paralysie générale associés à des phénomènes localisés d'une forme spéciale qui en dénonce la nature spécifique.

Ces observations sont purement cliniques, elles sont par conséquent insuffisantes pour trancher une question de doctrine; mais elles offrent cependant des particularités assez précises pour légitimer l'intérêt que nous avons cru devoir leur accorder.

Première observation. — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui entre le 17 mai 1896 dans notre service. Elle est de taille moyenne, plutôt petite, et douée d'un certain embonpoint. Les joues roses, les yeux grands ouverts, regardent fixement devant eux, avec un visage respirant un contentement parfait souligné encore par un sourire stéréotypé sur les lèvres entr'ouvertes. Impossible, d'ailleurs, de tirer d'elle quelques renseignements précis. Voici ce que nous apprenons de sa mère :

La maladie actuelle a débuté en août 1895 environ, peu après l'apparition des règles qui avait eu lieu à dix-sept ans. Jusque-là, c'était une bonne jeune fille, d'intelligence plutôt faible, qui avait

1. Voir l'exposé détaillé de ces recherches et les statistiques produites dans *Les affections para-syphititiques* du professeur A. Fournier. Paris 1894, pp. 157 et suivantes.
2. Dr J.-A. Hirschl, de la clinique de Krafft-Ebing, *Etiologie de la paralysie générale* (*Jahrbücher für Psychiatria*), t. XIV, p. 321, 1896.

péniblement appris à lire et à écrire à l'école et n'avait jamais fait preuve d'une grande vivacité d'esprit. Pas de maladies infectieuses, un ganglion caséeux au cou, et surtout — notons ce fait sur lequel nous reviendrons — une disposition marquée aux coryzas, croûtes dans le nez, démangeaisons, etc. Tout ceci apparaissant à la moindre occasion, fatigue ou froid, et disparaissant facilement. Elle accomplissait d'ailleurs bien son métier de repasseuse. Ses parents s'aperçurent alors qu'elle bégayait, puis que son caractère changeait visiblement. Elle devenait irritable, indifférente, cherchant querelle aux personnes qui l'entouraient, avec des exacerbations de temps à autre pendant lesquelles elle allait jusqu'à frapper ses camarades. Elle ne travaillait plus régulièrement, faisait mal les commissions qu'elle oubliait généralement, se disputait sans motif avec les fournisseurs, enfin n'était plus la jeune fille obéissante que l'on avait connue jusque-là. A ces changements dans le caractère s'ajoutait bientôt une perversion notable des facultés. Elle oubliait peu à peu, tous les chiffres d'abord, puis l'écriture. Sous toutes ses formes, la mémoire était atteinte, elle ne savait plus s'habiller. L'attention aussi, qu'elle ne pouvait fixer plus de quelques instants sur le même sujet, était notablement diminuée. Enfin, depuis quelques temps, l'excitation du début semblait tomber et les impulsions diminuer d'intensité pour faire place à des intervalles d'apathie, d'indifférence de plus en plus prolongés. Cette indifférence pour tout, traduite souvent par un mutisme obstiné, dominait la scène, en même temps que la malade émettait des réponses incoordonnées et non motivées, et montrait des troubles très appréciables du langage.

Tous ces phénomènes avaient effrayé sa mère qui nous l'amène, la considérant comme tout à fait démente.

Nous l'avons alors examinée et suivie dans le service jusqu'à ce jour. Nous retrouvons tous les signes décrits par la mère. La démence nous intéresse tout particulièrement. C'est une démence simple, sans aucune conception délirante, mais avec ce sentiment de satisfaction intime si fréquemment constaté chez les paralytiques généraux.

On arrive péniblement à obtenir d'elle une réponse. Elle ne sait pas où ni pourquoi elle est ici, se rappelle pourtant qu'elle vient de Lorette, mais ne sait dire ni le jour, ni l'année, ni ce qu'elle a fait la veille. On ne peut que difficilement lui faire dire son nom. Les réponses dénotent, en somme, un minimum d'idées non motivées ou contradictoires la plupart du temps. Lorsqu'on lui a arraché une réponse, celle du lieu de sa naissance, par exemple, elle la répète avec une évidente satisfaction en guise de réponse à tout ce qu'on peut lui demander par la suite. Avec cela, elle se déclare très heureuse, contente de son sort, pas malade du tout, et elle apporte aux questions dont on la presse un large sourire qui ne la quitte que pour quelques instants pour faire place à des larmes abondantes, mais rapides, lorsqu'on lui fait sévèrement une observation. A ces troubles psychiques il faut ajouter quelques illusions : quelquefois

elle se croit au ciel, idée trop fugitive cependant pour qu'on puisse y voir une idée délirante; quelquefois elle croit voir des bêtes qui rampent autour de son lit. On peut y joindre aussi des impulsions subites qui la font se jeter sur ses compagnes, les frapper avec une certaine vigueur, se lever la nuit, toutes choses dont elle ne paraît pas avoir conscience. En somme, attention trés difficile à fixer, pas de jugement, mémoire à peu près absente; elle ne sait plus lire et écrit trés mal.

Le spécimen de son écriture ci-joint montre, outre le tremblement caractéristique, qui est phénomène moteur, l'expression des seules idées dont elle est capable. Le nom de Lorette, son pays, revient à tout moment sous sa plume et se mêle à son nom qu'on lui demande d'écrire.

Au Lorrette Lorrette Lorrette Socrette Lore.

Madamalle Martiniie;

Les phénoménes somatiques sont trés nets, surtout à la face; tremblements fibrillaires de la langue, ondulations des lèvres et des muscles de la face. La parole en est influencée, elle est trainée, hésitante, saccadée, bégayante. Chaque mot arrive péniblement, chaque syllabe même est séparée de la précédente par un certaine intervalle. Moins marqué sur les membres, le tremblement s'y retrouve pourtant exprimé par la maladresse, la titubation; les pas sont petits, mal assurés, oscillants. Tout mouvement est incertain, surtout lorsqu'on la presse de l'accomplir. Inégalité marquée des pupilles; l'accomodation se fait à peu prés, mais le réflexe à la lumière est trés nettement en retard. Vision normale; rien dans la musculature oculaire externe. Les réflexes, en général, sont notablement exagérés, mais la malade n'accuse pas de troubles de la sensibilité, si ce n est quelques maux de tête.

Elle n'offre pas de déformations du squelette. Toutes les parties de son corps sont assez bien proportionnées, sauf qu'elle parait de petite taille et que son abdomen est un peu trop développé. L'examen le plus attentif ne révèle aucune anomalie dans ses organes splanchniques.

Cet état resta stationnaire quelque temps, puis subitement il s'aggrava. Au mois de septembre elle va sous elle de temps en temps, puis bientôt d'une façon constante; elle parait s'affaiblir, son état général s'altère, elle maigrit. Ses jambes peu à peu lui refusent tout service et elle finit par rester confinée dans son lit ou sur un fauteuil. L'embarras de la parole est devenu d'une intensité telle qu'on ne peut plus la comprendre. Elle ne peut absolument plus écrire, son visage réflète une hébétude, une fixité de plus en plus grande et souvent elle laisse couler sa salive. Il en est ainsi jusqu'à la fin de

décembre 1896. Elle est alors absolument incapable de quelque acte que ce soit et donne l'impression d'une démence très avancée.

Depuis le commencement de décembre elle fut soumise au traitement mixte : iodure et frictions mercurielles très assidûment donnés. Vers la fin de janvier 1897, nous constatons qu'elle paraissait répondre plus facilement, qu'elle était plus disposée à agir, et surtout qu'elle ne se salissait plus que la nuit. Dès lors l'amélioration fut rapide. Peu à peu elle ne gâte que rarement; quelques souvenirs lui reviennent, elle parle plus facilement, son bégaiement, son tremblement général s'atténuent visiblement, si bien que vers le milieu de février elle peut se lever, aller et venir, parler, écrire, enfin nous donner des signes d'intelligence que nous ne lui avions jamais connus. Elle peut donner quelques renseignements sur sa vie antérieure qui, contrôlés, sont trouvés exacts, et sur les causes de sa maladie. Sous la malade d'autrefois se réveilla peu à peu une jeune fille d'un caractère évidemment heureux, riant facilement, sans que cette satisfaction nous parût pathologique, ayant le raisonnement d'une jeune campagnarde dont l'éducation s'est arrêtée à quinze ans. Certains de ses souvenirs datant d'avant sa maladie sont très nets; il en est d'autres, plus récents, qui sont moins exacts. Elle reste brouillée avec le calcul. Elle fait très difficilement une addition très simple. Enfin, elle se trompe encore assez facilement si on lui demande le jour, le mois, l'année. Elle ne bégaye presque plus, sa parole est un peu traînée, mais n'est plus hésitante ni saccadée. Il faut qu'on lui fasse prononcer les mots difficiles : « *Artilleur de l'artillerie, transsubstantiation* », pour s'apercevoir de quelque accrocs.

Les tremblements des muscles de la face et ceux des membres n'existent presque plus, mais les tremblements fibrillaires de la langue persistent, quoique à un moindre degré. Les pupilles ne sont plus inégales et réagissent mieux à la lumière. Au mois d'avril, bien que quelques troubles difficiles à rechercher persistent encore, elle paraît rétablie : elle range ses affaires, repasse, coud, fait de la broderie. Nous avons possédé une pièce assez curieuse, véritable thermomètre de sa maladie. C'est une broderie qu'on lui a fait commencer en janvier, au début de l'amélioration. On la voit d'abord irrégulière, mal faite, avec de larges mailles, se dessiner peu à peu, devenir plus fine, et enfin constituer un dessin très correct. Son écriture n'est presque plus tremblée, comme on peut en juger par le spécimen ci-joint :

Je suis guérie depuis le mois de Février.

8 Avril 1897

1897

En somme, transformation presque complète, nous serions tentés de dire guérison s'il ne subsistait quelques vestiges des anciens troubles, peu appréciables à un observateur non prévenu, mais dénonçant encore, pour nous, une cause d'irritation peut-être endormie, mais possible d'un réveil ultérieur.

En effet, cet état très satisfaisant s'est prolongé jusqu'en juin 1897. Mais à ce moment nous avons vu réapparaître un peu d'inégalité pupillaire, une ophtalmoplégie interne légère, un peu de bégayement, des tremblements fibrillaires de la langue plus accentués; enfin, des modifications de caractère analogues à ceux déjà présentés, et une tendance au retour de la démence avec satisfaction qui paraît actuellement de plus en plus s'accentuer.

Dès le début, nous avions songé à la syphilis comme cause de cette affection. Les publications de Régis, le dernier ouvrage de Fournier nous y engageaient. D'un autre côté, les affections nasales diverses dont elle s'était plaint dans sa jeunesse étaient une raison de plus de penser à cette étiologie, ainsi qu'une fausse couche qu'avait eu la mère peu de temps avant la naissance de notre malade. L'examen du passé de la malade ne nous ayant rien révélé, nous recherchâmes alors si dans les antécédents des parents nous pouvions trouver quelques indices. Après de multiples efforts, nous avons fini par apprendre que la mère avait eu certainement la syphilis à la fin de 1872, c'est-à-dire trois ans avant la naissance de notre malade. Elle l'avait contractée avant son mariage, l'avait soigneusement cachée et ne l'avait traitée que d'une manière très sommaire. Avant cette fille, elle avait eu une fausse couche au sixième mois, tout à fait en rapport avec cette circonstance, alors qu'elle sortait seulement de ses accidents primitifs.

Dans la statistique d'*Alzheimer*[1], le nombre des paralysies générales juvéniles où l'étiologie syphilitique est évidente est de vingt-neuf, sans les cas probables. Si l'on y ajoute les deux cas publiés depuis par M. Régis[2], et en ne tenant pas compte du cas douteux de Bresler, notre observation serait la trente-deuxième qui puisse leur être comparée, Comme dans tous les cas publiés, la forme de la maladie a été identique. Au point de vue des troubles psychiques, on n'a observé que des signes de démence sans conception délirante appréciable, les troubles somatiques ont été les mêmes. Mais une particularité capable d'éveiller l'attention, d'autant plus qu'elle a été considérée

1. Alzheimer, de Francfort, *La forme précoce de la paralysie générale*. (*Allg. Zeitschf. f. Pychiatrie*, 1, 2, 3, 1895.)

2. Régis, *Deux nouveaux cas de paralysie générale infantile avec syphilis héréditaire*. (*Mercredi médical*, 1895, nº 21, 22 mai.)

comme très rare[1], c'est la rémission si considérable, pouvant faire croire à une guérison complète, que nous avons observée et que nous croyons due à l'influence du traitement spécifique. A défaut des renseignements précis que nous possédions sur notre malade, cette particularité aurait pu suffire pour nous permettre d'affirmer la nature de la maladie.

Le diagnostic de paralysie générale vraie que nous avions posé dans ce cas ne nous paraît pas devoir être contredit après l'exposé détaillé que nous avons fait des symptômes observés.

De ce que les symptômes de paralysie générale sont observés chez un jeune sujet, doit-on, comme le font certains auteurs, rejeter la possibilité de la réalité de cette affection? Nous ne le pensons pas, car il existe actuellement dans la science des cas assez nombreux de paralysie générale juvénile pour pouvoir affirmer une pareille doctrine.

Dans le remarquable travail que M. Régis a publié en juillet 1892 dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, nous trouvons le tableau des quatorze cas connus alors dans la littérature médicale : un cas de Strümpell avait treize ans; celui de MM. Charcot et Dutil quatorze ans; quatre cas de Clouston, Turnbull, Wiglesworth avaient quinze ans; un autre de Clouston, avait seize ans; quatre cas de Régis, Vrain, Davidoff et Savage avaient dix-sept ans; enfin, trois cas de Régis, Bjeljakow et Ballet avaient dix-neuf ans. Depuis, Altzheimer, en 1895, a publié quarante et une observations de paralysie générale juvénile. Dans ces quarante et un cas, le début de l'affection a eu lieu entre neuf et vingt-deux ans, avec maximum de fréquence à quinze ans. Dans la plupart de ces observations, les autopsies ont été faites et toujours on a trouvé, au dire d'Altzheimer, les lésions de la paralysie générale vulgaire.

En présence de ces faits, nous ne croyons pas que l'on puisse mettre en doute l'existence de la paralysie générale chez les jeunes sujets.

Ces cas de paralysie générale juvénile sont particulièrement intéressants au point de vue de l'étiologie. L'âge des sujets permet d'éliminer, comme l'ont fait remarquer MM. Régis et Four-

1. Dr G. Saint-Maurice, *De la paralysie générale juvénile*. (Thèse de Paris, 1896.)

nier, toutes les causes banales auxquelles on a coutume d'attribuer cette affection, c'est-à-dire l'alcoolisme et les excès qui n'existent pas encore chez les jeunes sujets, le surmenage, l'insolation, le traumatisme, toutes causes faciles à constater; il ne reste donc plus que la syphilis, qui prend alors, lorsqu'elle existe dans les antécédents, l'importance d'un facteur pathogénique d'une valeur exclusive. Notre cas est très net sous ce rapport. Après les plus actives recherches, nous n'avons trouvé dans les antécédents de notre malade, examinés année par année, aucun indice, aucunes maladies infectieuses notamment, à l'influence desquels nous aurions pu penser. Chez le père, brave campagnard, d'une forte constitution, nous n'avons même pas constaté des traces appréciables d'alcoolisme. Il n'y a que la mère, qui nous avoue d'une manière très explicite que trois ans environ avant la naissance de sa fille elle avait contracté une syphilis à symptômes typiques, à la suite de laquelle elle avait eu une première fausse couche. C'est donc à cette cause seule que nous pouvons rattacher les symptômes de paralysie générale que notre malade présente encore actuellement et auxquels elle va vraisemblablement succomber.

L'affection a débuté chez elle à dix-sept ans, au moment de la puberté, qui en effet semble constituer l'occasion favorable, c'est-à-dire dix-neuf ans après l'infection de sa mère. Tous les auteurs qui se sont occupés de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale ont assigné entre douze et vingt ans l'époque à laquelle cette affection se développe après les accidents primitifs de l'infection. Notre malade se trouve dans les limites désignées; la puberté, l'établissement de la menstruation a chez elle, comme dans tous les cas similaires, été l'agent provocateur ayant déterminé l'éclosion de la maladie, et c'est parce qu'elle possédait cette prédisposition congénitalement que l'affection a débuté sitôt.

On a dit et on répète encore que la paralysie générale est une maladie de l'adulte apparaissant de préférence entre trente-cinq et cinquante ans. Le fait est vrai ; mais ne serait-ce pas parce que la syphilis, dont la paralysie générale est une conséquence tardive, ne se montrant que douze ou quinze ans après, avait été contractée dans la période de la vie qui suit la puberté, à l'âge des ardeurs génésiques, c'est-à-dire entre dix-huit et trente

ans? Par les observations que nous avons pu faire, nous croyons que souvent c'est ainsi que les choses se passent.

Notre seconde observation montre un ensemble symptomatique très complexe. Des symptômes de syphilis cérébrale localisée, très nettement constatés au point de ne pouvoir hésiter sur leur nature, s'y trouvent associés au syndrome de la paralysie générale. Cette association nous a paru particulièrement intéressante, car nous ne l'avons vu signalée nulle part. Elle peut contribuer à montrer encore l'influence de la syphilis sur les manifestations paralytiques. Nous faisons cependant toute réserve sur cette observation et nous n'entendons pas lui donner plus de valeur qu'elle n'en a. Nous ne la présentons donc pas comme un exemple de paralysie générale vraie, mais seulement comme une association de symptômes dont une vérification ultime pourra seule nous donner l'explication.

Deuxième Observation. — Victorine C..., âgée de quarante-deux ans, ménagère, est entrée le 12 juin 1895 dans notre service de l'Antiquaille. Son père est mort à soixante-dix ans d'affection indéterminée; sa mère est morte à cinquante-cinq ans d'une hydropisie. Ni consanguinité, ni alcoolisme, ni syphilis. La malade a eu cinq frères et trois sœurs. Une sœur est morte à six semaines, un frère à six ans, tous deux d'affections non précisées; les autres sont vivants et bien portants. Elle a toujours joui, dit-on, d'une excellente santé jusqu'au début de l'affection actuelle qui daterait d'environ deux ans. Réglée à douze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Pas de chlorose ni de leucorrhée; pas de maladies infectieuses. A dix-huit ans, elle commence à mener une vie irrégulière et même dévergondée. Elle a eu une fausse couche en 1877. On ne se souvient pas que dans le temps qui a précédé cet accident elle ait été malade de quelque façon. Pas de renseignements à cet égard, car elle vivait en dehors de sa famille, et elle-même ne peut en donner aucun. Elle se marie en 1884. En 1886, elle fait une maladie sur laquelle on manque de renseignements. Dans ces derniers temps, elle faisait de nombreux excès d'absinthe. — Les premiers symptômes observés datent du commencement de 1893. Elle se plaignit d'abord de maux de tête violents et continus qui, pendant plusieurs mois, ne lui laissaient aucun repos. On s'aperçut alors qu'elle louchait de l'œil droit; quelque temps après, la face de gauche et la langue du même côté paraissaient paralysées, en même temps qu'apparaissait aussi un léger ptosis de l'œil gauche. Elle parlait difficilement, sa parole était traînée, comme empâtée, avec, par moments, un peu de bégaiement. Cinq à six mois après, la main gauche devenait malhabile et peu à peu paralysée. On la conduisit alors chez un oculiste qui lui fit de l'électrisation.

Peu de temps aprés, on s'aperçut que son bras gauche était le siège d'un tremblement marqué. Cet état spasmodique et parétique va en augmentant assez rapidement, au point qu'elle ne peut plus se servir utilement du membre supérieur gauche. Plus tard elle s'aperçoit qu'elle marche difficilement, et l'on constate que la faiblesse musculaire, aussi bien qu'un certain état spasmodique, s'étend aussi au membre inférieur du même côté. On remarque ensuite que son strabisme interne de l'œil droit s'accentue. Elle ne peut plus tourner l'œil en dehors. Elle attribue tous ces accidents à l'électrisation qu'on lui avait appliquée.

Au moment de son entrée dans le service, l'état général ne paraît pas trés mauvais. Elle répète avec complaisance qu'elle mange bien, dort bien, que sa santé est parfaite et elle ne paraît pas se rendre compte de son état.

L'examen des appareils circulatoire et respiratoire ne révèle rien d'anormal. En voyant la malade, on est frappé tout d'abord par l'exorbitisme de ses globes oculaires. Mais au dire de son entourage, elle aurait toujours eu les yeux saillants et on ne lui trouve ni goitre, ni palpitations. L'œil gauche est plus saillant que le droit et la paupiére supérieure du même côté est légèrement tombante. Léger strabisme interne, surtout à gauche. Les mouvements de l'œil droit sont possibles dans toutes les positions ; à gauche, au contraire, l'œil n'a de mouvement que du côté interne; tous les autres mouvements ont disparu ou sont très diminués. La malade prétend n'avoir jamais eu de diplopie. Son acuité visuelle est de 1/4 à gauche, 1/3 à droite.

Le fond des yeux n'offre rien d'anormal, mais il existe une légére inégalité pupillaire; la pupille gauche est plus large. Les deux pupilles réagissent mal à la lumiére, tandis que le réflexe à l'accomodation paraît à peu près normal. Elle ne se plaint d'aucune douleur dans le bras gauche ; pas d'atrophie, ni de troubles de sensibilité, ni au toucher, ni à la chaleur, ni à la douleur. Son membre supérieur est faible et maladroit ; elle peut à peine se servir de la main gauche. Au repos, il ne tremble presque pas; mais à mesure qu'elle cherche à faire un mouvement, ce tremblement devient beaucoup plus visible et exagére ses oscillations à mesure que la main approche du but. Bien que ne se plaignant pas des membres inférieurs, la malade a une démarche lente et chancelante. Elle ne peut se tenir sur la jambe gauche. Du côté droit, la force musculaire ne paraît pas sensiblement diminuée, mais on remarque un peu de tremblement de la main et des doigts. Le réflexe rotulien semble exagéré aussi bien à gauche qu'à droite. Les réflexes radial et olécranien sont manifestement exagérés à gauche. On ne provoque cependant pas de trépidation épileptoïde. Nous sommes frappés par les troubles psychiques que présente la malade. Son attention est difficile à fixer; sa mémoire, bien que conservée sur certains points, paraît cependant amoindrie. Elle ne se rend pas bien compte de la notion du temps. Elle raconte complaisamment ce qui se passe dans la salle et insiste sur

des détails insignifiants; de plus, elle répète tous les ordres qu'on lui donne aussitôt après les avoir reçus; enfin, à chaque instant elle se met à pleurer sans aucun motif, puis, subitement, elle reprend son attitude de satisfaction et rit volontiers sans raison. A la face, on voit très nettement la joue gauche à peu près immobile, et quand elle veut parler, la commissure droite des lèvres est agitée par des tremblements et des ondulations. La langue, qu'elle tire volontiers, est nettement déviée à droite. Elle est animée de tremblements fibrillaires très marqués. La parole est hésitante, tremblée et bredouillée; elle parle en mâchonnant; mais on perçoit aussi très nettement un bégaiement caractéristique. Cet état resta stationnaire, puis les troubles intellectuels devinrent de plus en plus évidents sans que jamais elle ait émis de conception délirante d'aucune sorte. En août 1895 elle commence à gâter. Malgré cet état peu satisfaisant, ses parents la font sortir de l'hôpital.

La malade nous est ramenée le 20 février 1896. Depuis quinze jours elle ne peut plus parler, elle ne dit que quelques mots sans suite. La pupille droite est punctiforme, la gauche est moins serrée. L'ophtalmoplégie de l'œil gauche est à peu près complète, c'est à peine s'il se porte un peu en dedans. L'œil droit, au contraire, jouit de tous les mouvements, sauf de l'abduction, et le strabisme interne y est très prononcé. Tremblements fibrillaires intenses sur la langue; ils existent aussi à la face lorsqu'elle veut parler. L'hémiplégie gauche est toujours très évidente et s'accompagne, surtout au bras, d'une contracture presque continue. Au point de vue psychique, rien ne paraît changé; elle est tranquille, apathique, sans idée délirante, et ne paraît pas se rendre compte de sa situation. Elle reflète encore un sentiment de satisfaction bien prononcé. Au mois de mars, elle prend une inflammation de la conjonctive gauche. Elle est envoyée dans le service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu. Elle en revient en avril. Sa conjonctivite est guérie, mais elle s'est compliquée d'une kératite grave. La cornée opaque est le siège d'un leucome prononcé, avec hypopion dans la chambre antérieure. Cet œil reste absolument perdu pour la vision.

Cet état s'est continué à peu près le même, sauf une tendance très marquée à une amélioration que nous croyons due à l'action du traitement mixte appliqué à diverses reprises. En novembre 1896, cette amélioration était très évidente et portait surtout sur les symptômes psychiques. La parole est un peu plus facile, tout en conservant les caractères d'hésitation et de bégaiement que nous avons signalés. Elle reconnaît les personnes qui la soignent ou qui viennent la voir, se souvient de certains faits antérieurs, du jour de sa naissance, par exemple, à sa maladie, ou même de ce qu'elle a fait la veille. Elle connaît le jour, l'année, mais persiste à se tromper sur son état de santé, au sujet duquel elle se déclare toujours trop satisfaite. L'état somatique n'a pas changé et tend plutôt à s'aggraver. La contracture de l'avant-bras gauche en flexion est de plus en plus marquée.

En juin 1897, la malade a maigri, elle prend un aspect cachectique. Elle marche en traînant la jambe gauche, dont le pied dévié en dedans est le siège d'un œdème assez marqué. La parésie dans le membre inférieur n'est pas absolument flasque. On y constate un certain degré de raideur. On produit légèrement le phénomène du genou, mais on n'obtient pas celui du pied. Le réflexe rotulien est très exagéré à gauche. Le membre supérieur gauche ne peut que très difficilement exécuter quelques mouvements. Il est le siège d'une contracture qui fléchit le bras sur l'avant-bras, un peu le poignet sur la main, et très fortement les doigts, si bien que l'on est obligé d'interposer un chiffon pour que les ongles ne s'incrustent pas dans la chair. Quand on cherche à rompre cette rigidité, il est pris de contractions spasmodiques. L'attitude habituelle de la malade est voûtée. Elle tient la tête penchée à gauche, le visage tourné à droite. Cette attitude paraît commandée par le strabisme interne de son œil droit, le seul qui puisse servir à la vision. L'exploration de la sensibilité sur toute la surface antérieure ne décèle aucun trouble notable. Elle paraît sentir les attouchements et les piqûres, distinguer le chaud du froid, et le fourmillement de l'électricité. L'ophtalmoplégie externe persiste avec les caractères déjà décrits. La pupille droite, la seule que l'on puisse explorer, réagit faiblement à la lumière et un peu mieux à l'accommodation. En somme, ophtalmoplégie externe double et interne imparfaite. Rien d'anormal au fond de l'œil.

Du côté de la langue et de la parole, les phénomènes n'ont pas augmenté d'intensité. La mémoire est assez défaillante. Elle reconnaît les personnes qui viennent la voir, se souvient que son mari est à Bordeaux, mais le répète à tout moment. Notion du temps obtuse; ne connaît ni le jour, ni le mois, ni l'année. En somme, la démence, sans être aussi profonde qu'il y a un an, est encore bien manifeste. Elle a toujours de la tendance à la satisfaction et déclare se trouver bien. Pas d'idées délirantes.

Ce qui domine dans son état actuel, c'est l'altération de l'état général. La malade a l'aspect cachectique, elle se soutient à peine, elle gâte continuellement. On peut craindre que des escharres se forment par suite de son décubitus forcé; il est probable que cette aggravation va s'accentuer et que le dénouement est proche.

L'ensemble symptomatique si complexe que nous venons d'exposer nous paraît tenir à l'existence chez notre malade des phénomènes d'origine syphilitique de deux sortes : les uns, qui sont ceux de la syphilis cérébrale localisée, sont représentés par la paralysie dissociée des muscles oculaires ou ophtalmoplégie externe incomplète, par l'hémiplégie spasmodique, que nous croyons devoir attribuer à un ramollissement localisé dû à une artérite oblitérante, enfin par les céphalées intenses du début.

Nous pensons que ce tableau symptomatique est absolument comparable à celui que M. le professeur Fournier a tracé de la syphilis cérébrale localisée.

Mais, d'autre part, notre malade nous a montré des symptômes non moins nets de la forme diffuse de cette affection qui est le syndrome de la paralysie générale, et l'intérêt de notre observation paraît résider surtout dans l'association sur le même sujet de ces deux formes. Nous pensons, en effet, que l'ophtalmoplégie interne, l'inégalité pupillaire, les tremblements fibrillaires de la face, des lèvres et de la langue, le tremblement des extrémités, le bégaiement caractéristique, enfin la démence spéciale avec ce sentiment de satisfaction, cette indifférence contradictoire, cette obtusion si marquée des facultés intellectuelles doivent être attribués à de la méningo-encéphalite diffuse, symptômes qui peuvent se comparer en tous points à ceux de notre première observation.

Enfin, comme phénomènes résultant des deux sortes de processus que nous venons d'indiquer, il nous reste l'altération de l'état général qui appartient à l'évolution de l'un et de l'autre. Nous voyons même chez notre malade la nature syphilitique des symptômes de paralysie générale qu'elle nous a présentés, affirmée par l'existence des symptômes de syphilis cérébrale localisée dont elle nous a donné le tableau.

De nos deux observations, il ressort donc que dans l'une et l'autre l'influence de l'infection syphilitique sur le développement du syndrome de la paralysie générale, et même, nous pouvons le dire, sur la production de la paralysie générale, est indéniable.

Les observations de ce genre se multipliant tous les jours, le moment n'est peut-être pas loin où l'on sera amené à l'opinion des médecins suédois, méconnue pendant longtemps, à savoir que la paralysie générale est bien réellement une manifestation ultime de la syphilis.

De cette manière de voir découlent deux conclusions :

La *première*, c'est que dans tous les cas de paralysie générale il importe de rechercher avec soin l'existence de la syphilis, en voulant la trouver « coûte que coûte », suivant l'expression de M. Régis, et que si on ne la rencontre pas dans les antécédents des sujets, il y a de grandes chances pour qu'elle soit dans ceux

des parents, surtout si les sujets sont jeunes. C'est parce que les observateurs se sont basés sur des documents qui ne comportaient pas des investigations suffisantes qu'ils ont abouti à des affirmations contradictoires, et, par suite, à des appréciations erronées.

La *seconde* conclusion est que dans tous les cas de paralysie générale, qu'ils proviennent d'une influence congénitale ou acquise, on ne doit jamais manquer d'appliquer dans toute sa rigueur le traitement spécifique de la vérole, à l'aide duquel, si on n'obtient pas une véritable guérison, ce qui paraît impossible, on pourra du moins déterminer quelques rémissions de nature à modifier heureusement l'état du malade.

M. Doutrebente. — J'ai remarqué, dans la communication si intéressante qui nous a été faite par M. Carrier, l'observation d'une malade qui, paraissant être au delà de la période d'état d'une paralysie générale, a présenté cependant une période de rémission, une amélioration des plus nettes : c'est la première des observations citées par M. Carrier, et il attribue l'amélioration au traitement spécifique.

En présence de ce fait et des six cas analogues que j'ai rapportés au Congrès de Rouen, on peut se demander quand et à quel moment la cellule cérébrale est atteinte, et si les lésions destructives irréparables se produisent tardivement, n'avons-nous pas toujours le droit de recourir, surtout au début, au traitement spécifique des accidents tertiaires ?

La période de début préparalytique, mieux connue qu'autrefois et sur laquelle les médecins non spécialistes ont aujourd'hui des notions plus certaines, doit être le sujet de leurs minutieuses recherches, car c'est à ce moment qu'il convient de commencer le traitement spécifique.

M. Régis : « M. Garnier nous disait, dans la première séance, qu'il n'avait pu se résoudre à porter le diagnostic de paralysie générale chez un malade parce qu'il s'agissait d'un adolescent et que la paralysie est une maladie de l'adulte.

M. Carrier n'a pas été retenu, lui, par cette considération *a priori*, et je l'en félicite, car nous y gagnerons une nouvelle observation très intéressante de paralysie générale juvénile.

Dans le cas de M. Carrier, comme dans tous ceux de ce genre où une investigation suffisante a pu être faite, la syphilis héréditaire était en cause. C'est là, étant donné qu'il s'agit d'une paralysie générale qui échappe, par sa précocité même, à la plupart des causes incriminées, surtout à ce qu'on appelle le surmenage, une particularité étiologique de la plus haute importance.

La malade de M. Carrier était une jeune fille. Je rappelle à ce propos que, contrairement à la paralysie générale de l'adulte, la paralysie générale juvénile est au moins aussi fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Cette contradiction, en apparence étrange, me paraît s'expliquer, comme je l'ai dit, par ce fait que la syphilis héréditaire atteint également les deux sexes, tandis que la syphilis acquise frappe surtout les hommes.

Une dernière réflexion pour finir. La paralysie générale juvénile, inconnue il y a vingt ans et qui comptait à peine 14 cas en 1893 dans le premier relevé que j'ai pu faire, voit d'année en année son bilan s'accroître, de telle sorte que j'en connais aujourd'hui environ 70 observations authentiques, dont la moitié au moins avec autopsie.

Il faut en conclure, non seulement que son existence est hors de doute, mais encore qu'elle n'est pas absolument rare, ainsi qu'on aurait pu le croire.

J'ai la conviction pour ma part, et j'en ai la preuve, qu'un certain nombre de cas de paralysie générale juvénile passent inaperçus : les uns parce qu'ils restent totalement ignorés, les autres parce qu'ils peuvent être confondus avec certains états de dégénérescence. D'où la nécessité d'examiner de près les jeunes garçons et les jeunes filles qui tombent, à la puberté, dans une sorte de démence apathique, surtout si on les suppose entachés de syphilis héréditaire.

M. Bézy. — A propos de l'intéressante communication de M. Carrier, M. Doutrebente a demandé « à quel moment l'élément nerveux est-il assez atteint, dans la paralysie générale syphilitique, pour que le traitement spécifique n'ait plus d'action? » Je me pose depuis longtemps la même question pour l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique.

M. d'Astros (de Marseille) et moi avons publié sur ce sujet des observations qui sont dans la thèse de mon élève M. Vaquié. L'insuccès du traitement spécifique doit-il faire abandonner l'idée de l'origine hérédo-syphilitique de certaines hydrocéphalies, ou bien s'agit-il d'un état analogue à celui sur lequel M. Doutrebente vient d'appeler l'attention?

MM. A. Marie et Hamel. — *Vagabondage et folie.*

Le récent travail de M. l'inspecteur Regnard, dont la *Revue philanthropique* de M. Strauss vient de publier les conclusions, met à l'ordre du jour les questions relatives au vagabondage, à ses causes et à ses remèdes.

Nous avons cru pouvoir apporter ici quelques faits à l'appui de l'opinion qui consiste à penser que la législation actuelle répressive du vagabondage ne saurait être un remède suffisant en l'espèce.

L'incoercibilité du délit dans la plupart des cas, les invariables et désolantes récidives qui suivent la plupart des condamnations de ce chef, semblent indiquer qu'il relève de causes trop impérieuses pour que la crainte des peines puisse amener beaucoup d'individus vagabonds à cesser de l'être. Si, en effet, au lieu d'examiner le fait du vagabondage, on examine l'individualité du vagabond, on doit reconnaître qu'elle constitue un type à part assez caractéristique.

Dans la majorité des cas, ce délinquant reste un délinquant spécial et le tableau de ses récidives offre une monotonie particulière, exclusive le plus souvent de délits sérieux autres.

Sans nous arrêter à la question de savoir si le vagabondage ne représente pas, dans l'évolution individuelle, un vestige atavique de l'évolution générale de l'espèce et de la phase historique nomade à laquelle sont encore arrêtés certains groupes de l'espèce, nous vous demanderons de vous soumettre quelques faits sans longs commentaires.

Au point de vue historique, nous nous contenterons de rappeler tout d'abord ces épidémies de vagabondage collectif dont le Moyen-âge nous a transmis le souvenir, ces exodes de popu-

lations de l'Europe centrale, se détachant sans causes économiques générales bien appréciables et descendant le cours des fleuves en Allemagne, Bohême et Autriche-Hongrie. Ces épidémies, liées souvent à la chorée, n'ont été, en général, étudiées qu'au point de vue de cette dernière.

On sait, pour le vagabondage isolé, la fréquence, à ces mêmes époques, de ces Juifs errants qui ont donné naissance à la légende d'Aasverus et dont la série n'est pas encore close, comme l'a indiqué Cotard dans son étude sur le *Délire des négations*, où il montre que ces nomades d'un genre particulier n'étaient autres que des mélancoliques chroniques systématisés, parvenus à la phase de pseudo-mégalomanie avec idée d'immortalité et délire palnignostic.

Le cas récent, publié par l'École de la Salpêtrière, d'un vagabond délirant de ce genre montre qu'on en peut encore rencontrer.

Néanmoins, c'est là la forme mystique d'un vagabond délirant qui tend à être remplacée, de nos jours, par des formes psychopathiques autres.

M. le professeur Pitres, au Congrès de Bordeaux, il y a deux ans, a présenté une étude sur les vagabonds nomades et trimardeurs, à ce point de vue.

Pour rester dans le domaine des faits personnels, nous nous contenterons d'apporter ici le résumé de quelques observations de vagabonds reconnus aliénés après un examen individuel spécial.

Trois de nos observations ont trait à des femmes placées à la colonie familiale de Dun.

L'une, Bout..., a subi vingt-deux condamnations pour vagabondage. C'est une persécutée à divagations politico-mystiques, mais elle est assez réticente et ne se décèle que par des cris en rapport avec ses idées de grandeur, cris séditieux qu'elle proférait probablement au cours des interrogatoires. Ses dernières condamnations portent en effet, en outre du vagabondage, rébellion et cris séditieux.

La deuxième malade est une épileptique à accès d'automatisme ambulatoire accompagnés d'une conservation apparente de la conscience.

Elle était au dépôt des vagabonds de Nanterre avant d'être re-

connue aliénée ; à Dun, elle est morte dans un accès d'épilepsie. Chez cette vieille vagabonde incorrigible, l'impulsion ambulatoire était indubitablement due à la névrose comitiale.

Une troisième malade, que nous n'avons pu conserver à Dun malgré l'extrême facilité des changements de nourriciers, était le type classique de la gitana, étouffant entre les murs des maisons. Malgré nos efforts, elle était constamment par voies et par chemins ; cependant, elle revenait fréquemment à Dun comme centre de ralliement ; mais nous avons dû la réinterner pour mettre fin à ces exodes réitérés et persistants. C'était, d'ailleurs, une aliénée raisonnante, avec préoccupations d'ordre religieux et idées de persécution par les Jésuites.

Notre quatrième observation concerne un homme placé à l'asile fermé.

Arrêté pour demande d'argent avec menace de mort, il simula à l'interrogatoire une incohérence grossière qui le fit renvoyer à l'examen spécial. Reconnu simulateur, il fut néanmoins trouvé aliéné persécuteur-migrateur.

Malgré des moyens d'existence avérés, il menait déjà depuis plusieurs années une existence vagabonde pour laquelle il fut maintes fois arrêté. On le relâchait le plus souvent, quand il donnait, par télégrammes confirmatifs, des références suffisantes.

Observée par M. Hamel, une autre malade est une débile hallucinée avec idées mystiques systématisées et délire mégalomaniaque.

Elle a toujours été sujette, dès le jeune âge, à des idées fixes, à des scrupules exagérés, à des phobies. Vers l'âge de vingt ans, elle a commencé à entendre des voix en rapport avec ses préoccupations habituelles ; d'abord espacées, les voix sont devenues plus fréquentes, puis se sont précisées, lui ont donné des ordres. Ne pouvant plus s'employer nulle part, la malade en est arrivée peu à peu à mener une vie errante, vivant de mendicité, couchant n'importe où, se déplaçant chaque jour sous l'influence de ses hallucinations auditives, prêchant dans les villages, se faisant arrêter puis relâcher une dizaine de fois. Elle vagabondait ainsi depuis une vingtaine d'années lorsqu'elle fut arrêtée et conduite à La Roche-sur-Yon. Elle avait parcouru plusieurs fois l'Alsace, la Champagne, la Normandie, la Bretagne.

Un cinquième malade, enfin, est un chemineau dont l'observation a été recueillie non à l'asile, mais au passage, sur le grand chemin.

Il avait échoué à ma porte et je l'ai gardé un jour pour l'étudier. Il portait sur lui un plan du ciel et un projet de réforme sociale pour l'extinction du paupérisme. Il avait eu et a encore des hallucinations visuelles typiques, et avait été interné au cours de ses migrations à Puebla et à Bicêtre. C'était certainement encore un aliéné migrateur d'une catégorie particulière, et je ne crois pas que la liste des psychoses migratrices soit close et qu'il n'en reste plus à décrire.

Quoi qu'il en soit et sans pousser plus loin une énumération de faits, je pense que l'on peut conclure de ces cas que, quel que soit le mode d'assistance des nomades à adopter, il importerait de les soumettre à un examen individuel sérieux qui souvent permettrait de reconnaître la cause du vagabondage vrai et, par suite, le remède à y apporter.

On pourrait ranger, en effet, en quatre grandes catégories les vagabonds et chemineaux.

Une grande classe de vagabonds en quelque sorte *légitimes*, les uns par cause économique et chômage, pour lesquels une assistance bienveillante est nécessaire; les autres, des vagabonds par fantaisie, dont on doit respecter la liberté individuelle (exemples : le globe-trotter pédestre récemment interné comme fou, et le tailleur viennois qui se faisait enregistrer encaissé pour des destinations inattendues).

A côté de cela, il est des vagabonds morbides par aberration psychique pathologique, auxquels un examen médical est dû avec l'envoi à l'asile d'aliénés.

Enfin, restent les vagabonds pervers qui fuient le juste châtiment de quelques méfaits (Van Hamel en a fait l'objet d'un travail spécial au Congrès de Genève). Ce sont les seuls auxquels la répression doive s'adresser, encore ne leur demande-t-elle compte que des délits commis autres que le vagabondage même, lequel ne saurait être puni ni érigé en délit véritable par lui seul. (Ce qui précède s'applique à la loi française et n'est qu'une addition au chapitre des aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. Chez nous, d'ailleurs, l'assistance des nomades est encore primitive et ne se fait qu'en bloc, d'une

façon répressive, sans observation individuelle médicale ni solution.)

M. Charpentier convient qu'il y a des vagabonds qui sont réellement des aliénés, des malades, et dont le vagabondage est inconscient, involontaire; mais il ne faut pas les confondre avec ceux qui savent bien que vagabonder est un délit. Parmi ces derniers, on en trouve un certain nombre qui sont peu intelligents; on est porté à considérer ceux-ci comme des aliénés et à les dire irresponsables, même quand ils sont délictueux. On a tort. Ne serait-il pas bon de suivre à leur égard le système adopté en Belgique? On les interne dans des refuges où on les oblige à travailler; lorsqu'ils ont amassé un pécule suffisant, on les relâche pour recommencer la même pratique lorsqu'on les reprend en état de véritable vagabondage.

M. Drouineau fait remarquer également qu'il y a deux catégories de vagabonds, les uns qu'il faut punir, les autres qu'il faut assister; mais il ne faut point exagérer le nombre de ces derniers sous peine de dénaturer ce qu'il faut entendre par assistance.

M. Giraud rappelle qu'au nombre des vagabonds il ne faut pas oublier de mentionner ces aliénés que Foville a appelés migrateurs, dont il a fort bien décrit le cas, et qui sont des hallucinés fuyant leurs persécuteurs.

MM. Vigouroux et Colin. — *La question des aliénés criminels.*

La question des aliénés criminels est une de celles qui, à l'heure actuelle, passionne le plus l'opinion publique. Discutée déjà dans plusieurs Congrès de médecine mentale, au Congrès de l'Exposition de 1878 [1], au Congrès de Rouen en 1890 [2], au

1. *Congrès de médccine mentale*, 1878. On trouvera dans ce volume une discussion très approfondie de la question et des notes précieuses sur l'asile de Broadmoor.

2. Brunet, *Nécessité d'un asile national pour les aliénés criminels* (*Congrès de médecine mentale de Rouen*, 1890, Paris, Masson).

Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles [1]; traitée d'une façon très étendue au Congrès pénitentiaire international de 1895, elle est actuellement à l'ordre du jour des séances de la Société générale des prisons [2], Société, on le sait, presque exclusivement composée de magistrats et de jurisconsultes.

Elle est à l'ordre du jour du Congrès de psychiatrie allemand de cette année, où M. le Dr Hasse fera un rapport d'ensemble sur la matière, et nous là trouvons inscrite, cette année encore, parmi les questions qui seront soumises au Congrès de Bruxelles.

Rappelons enfin que la création d'un asile d'aliénés criminels est prévue dans le remarquable rapport de M. Dubief à la Chambre des députés (session de 1896).

C'est donc là une question mûre. Etant à même de voir de près ce genre de malades, l'un de nous les traitant comme prisonniers aliénés, l'autre les recevant à leur libération, il nous a paru utile d'exposer ici les défectuosités du système actuel.

Actuellement, nous assistons à un grand mouvement libéral dans la magistrature. Souvent les juges d'instruction se demandent devant certains crimes, certains délits dont les mobiles bizarres les étonnent, si les inculpés jouissent de toutes les facultés mentales, s'ils sont absolument responsables de leurs actes; plus que jamais, le médecin aliéniste est consulté, et il y a une tendance marquée à élargir encore le champ de son action. C'est là évidemment un progrès accompli et dont il faut nous féliciter [3].

1. Garnier, *Congrès international d'anthropologie criminelle*, Bruxelles, 1893, p. 163. — *Congrès pénitentiaire international de Paris*, 1895. Rapports et communications de MM. Motet, Magnan, Brouardel, Ballet, Colin, Fournier, inspecteur général, etc., etc.

2. *Revue pénitentiaire*, numéros de mai et juin 1897. Rapport de M. Ch. Constant; discours et communications de MM. Cheysson, Brunet, Cabanès, Motet, Th. Roussel, Granier, Tarde, Bérenger, Le Poittevin, etc., etc. — Cf. aussi sur la question, M. de Moeli, *Ueber Iwe Verbreker*, Berlin 1888, et les *Annales médico-psychologiques*, années 1881, 1882, 1883, 1887, *passim*. — Cf. aussi le rapport si remarquable à tous égards de M. Théophile Roussel, *Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi portant révision de la loi de 1838;* Paris, 1884.

3. Voyez : 1° Pactet, *Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux;* Paris, Steinheil, 1891; 2° Monod, *Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890*. Conseil supérieur de l'Assistance publique, fascicule 47.

D'autre part, dans les prisons, les condamnés sont mieux suivis, mieux étudiés par des médecins compétents. Leurs actes d'insubordination et leurs bizarreries sont vite reconnus comme le produit d'un état mental défectueux; ils sont reconnus aliénés et traités comme tels dans un quartier spécial.

Ces prévenus et ces condamnés reconnus aliénés, dont le nombre augmente d'une façon notoire, viennent tous les jours grossir la population de nos asiles. Qu'a-t-on fait dans ces derniers temps pour recevoir cette nouvelle catégorie de malades? Rien. Et par le fait de cette absence d'évolution, de non adaptation de nos asiles à des besoins nouveaux, il s'est produit comme un retour en arrière. Autrefois, les aliénés étaient mêlés aux criminels dans les maisons de force; aujourd'hui, ce sont des criminels qui viennent prendre place au milieu des aliénés.

De ce mélange, de cette promiscuité, résultent une série d'inconvénients d'ordres divers que nous voudrions mettre en lumière. Ces inconvénients sont d'ordre moral, social, administratif.

Tout d'abord, que faut-il entendre par aliénés criminels[1]? De nombreuses opinions ont vu le jour à ce sujet, bien des discussions se sont élevées en vue d'établir une définition : *et adhuc sub judice lis est.*

Sans entrer dans ce débat théorique, nous définirons simplement l'aliéné criminel dont nous nous occupons :

Tout aliéné ayant commis un délit grave, tout inculpé dont la responsabilité n'a pas été reconnue entière, qui a été considéré, suivant l'expression de M. Dubuisson, comme « inintimidable »,

1. On a fait et on fait encore une distinction entre les aliénés dits criminels et les criminels aliénés. Nous pensons que c'est jouer sur les mots, et nous nous rangeons à l'avis de Lunier, lorsqu'il a dit : « Cette distinction inscrite dans la loi est, en fait, beaucoup moins réelle qu'on pourrait le croire; parmi les condamnés qui sont reconnus aliénés dans les prisons, il y en a un grand nombre, en effet — je l'estime à un quart au moins — qui l'étaient déjà quand ils ont été condamnés, soit que les experts n'aient pas réussi à convaincre les juges, soit qu'ils n'aient pas même été consultés. Parmi les condamnés aliénés, il y en a donc qui le sont devenus dans les prisons, d'autres qui l'étaient déjà avant d'être écroués. Ce sont là, pour les médecins, deux catégories bien distinctes; mais, dans la pratique, ils ne peuvent guère ne pas être confondus. » (*Congrès de médecine mentale*, Paris, 1878.)

sur lequel, en un mot, la punition ne doit, ne peut avoir aucune action moralisatrice ou réfrénatrice.

Immédiatement une grande division s'impose parmi les aliénés criminels : les délirants d'un côté, les fous moraux, les dégénérés de l'autre.

Devons-nous ranger les délirants criminels, les persécutés homicides, par exemple, parmi les aliénés ordinaires, et les traiter comme tels? Nous ne le croyons pas. Ils diffèrent, en effet, de ces derniers par la violence de leurs réactions; tous les persécutés sont amenés logiquement à désirer la fin de leurs misères, la mort de leurs persécuteurs; un petit nombre seulement d'entr'eux deviennent homicides. Si la psychologie des persécutés est la même, si l'évolution de leur délire est identique, cette différence de réaction doit permettre de les distinguer non seulement au point de vue clinique, mais surtout au point de vue pratique, au point de vue du traitement. Cette distinction s'appuie sur le caractère individuel primitif, caractère antérieur au délire qui a pu avoir une action sur son genre et son orientation, mais qui n'a pas été modifié par lui. (Voyez Obs. I, II, III, IV, VIII, IX, X.)

Toutefois, quelle que soit la validité de cette distinction marquée, hâtons-nous de dire qu'en pratique elle a dû être faite par tous les directeurs d'asiles. Nous verrons plus loin qu'à l'asile d'Evreux, ces délirants criminels sont placés dans un quartier spécial, où ils sont en quelque sorte à vie. En effet, alors que les autres malades, une fois la période active de leur délire passée, alors qu'ils sont devenus des chroniques, sont capables d'être employés aux travaux divers de l'établissement, les délirants criminels, par suite de leurs réactions violentes, sont toujours dangereux et traités comme tels.

Pour les fous moraux, pour les dégénérés, la question est plus complexe; là, en effet, pas de troubles nettement caractérisés, pas de délire apparent et surtout pas de continuité dans les troubles qui ont fait admettre l'irresponsabilité. Ce sont en quelque sorte des aliénés intermittents, et, dans l'intervalle de leurs crises, de leurs impulsions, leur état mental, leur raison apparente permet à peine de les conserver à l'asile où cependant souvent leurs vices, leur caractère indisciplinable, obligent à les maintenir dans des quartiers spéciaux. Sans chercher de

nombreux exemples, rappelons celui de l'obsédé homicide que M. le Dr Vallon avait reconnu irresponsable et qui, une fois interné, n'eut pas de nouvelles impulsions. M. Vallon, en communiquant son observation à la Société médico-psychologique, demandait ce qu'il devait faire de ce malade et combien de temps il devait le garder. En dehors de cette tendance à conserver dans un asile d'aliénés un malade qui ne l'est plus, ou à remettre en liberté un individu qui peut être encore dangereux et dont le délit n'aura pas eu de sanction, les médecins éprouvent de grandes difficultés à les garder dans leurs services par suite des nombreux ennuis qu'ils leurs causent[1] : actes d'indiscipline, violences, tentatives de révolte, tentatives d'évasion, réclamations inconvenantes. S'ils ne peuvent les faire sortir, ils les placeront dans les quartiers spéciaux où ils iront se mêler aux délirants criminels.

Une conséquence indirecte de cet état de choses, des ennuis et des difficultés que le médecin aura eus avec ces dégénérés, sera malheureuse. Quand ce médecin sera chargé d'examiner le degré de responsabilité d'un de ces malades, son jugement pourra s'en trouver faussé. Comme le faisait remarquer un avocat dans une plaidoirie, il se produira en lui une sorte de dédoublement de la personnalité; le savant sera prêt à reconnaître l'irresponsabilité du malade, mais le directeur se demandera avec effroi ce que deviendra cet individu dans son service; il n'y verra pas sa place, il se rappellera les difficultés qu'il a déjà eues et il concluera à la responsabilité pour ne pas être embarrassé de lui. Les médecins légistes, sans service ou avec un service de passage, sont plus libéraux et portés à juger plus sainement de la responsabilité; ils envoient ces malades dans les

1. Certains médecins vont plus loin et n'hésitent pas à faire sortir de leurs services des individus qu'ils considèrent comme étant plus coupables que malades, vicieux plutôt qu'aliénés. Nous avons pu voir l'un et l'autre, dans le service de notre maître le docteur Paul Garnier, de ces individus dont les entrées et les sorties ne se comptent plus. Faut-il encore citer le cas de ce R... qui, dernièrement, tirait un coup de revolver sur le docteur Charpentier? R... avait été interné à Bicêtre où le docteur Charpentier lui avait signé sa sortie; il avait été condamné plusieurs fois, était venu à l'asile de Gaillon, etc., etc., et finalement condamné encore une fois, avait été envoyé à la maison centrale de Beaulieu. Cet individu manifestait ouvertement l'intention de tuer le directeur de cette maison centrale.

services de leurs confrères qui, il est vrai, peuvent s'en débarrasser pour un temps en les faisant sortir. Il se produit alors un va-et-vient entre la prison et l'asile, et comme chaque arrestation est provoquée par un délit, la société ne se trouve préservée en aucune façon ; l'individu lui-même n'est ni amendé, ni soigné, et aucune sanction n'a été donnée, même comme exemple.

Nous insistons sur ce point qui nous paraît essentiel. Non, ces individus ne relèvent pas de la prison plutôt que de l'asile, comme certains de nos confrères l'affirment. Et la meilleure preuve c'est que leur maintien en prison est chose impossible. Au point de vue mental, il suffit d'avoir sous les yeux, comme l'un de nous l'a en ce moment, d'un côté des prisonniers, de l'autre des fous moraux, pour saisir la différence profonde qui les sépare.

Il y a plus, une prison est un établissement où le travail est de règle, où la moindre interruption de ce travail entraîne une perte pécuniaire sérieuse, où, par conséquent, la présence dans un atelier d'un de ces déséquilibrés apporte le trouble et rend toute discipline impossible, sans parler des dangers qui résultent de leurs impulsions violentes et de leurs mauvais instincts.

Bien mieux, le séjour de ces individus aux compagnies de discipline est chose impossible, et pourtant on sait que là il s'agit d'une discipline aussi sévère qu'inexorable. Eh bien, il y a une telle différence, même aux yeux des gens du monde, entre ces fous moraux et les soldats qui font partie de ces compagnies de discipline et qui sont, pour la plupart, des criminels, que l'administration militaire ne les garde pas ; elle s'en débarrasse et nous les retrouvons à l'asile de Gaillon. (Obs. V, VI, VII, XI, XII).

Le principe général qui anime l'esprit du Code pénal est que l'individu qui a commis un crime ou un délit doit être puni s'il est responsable de ses actes, et cette punition a pour but d'abord d'amender l'individu et de l'empêcher ainsi de recommencer, ensuite de faire un exemple et d'entraver ainsi la contagion de l'imitation, d'effrayer ceux qui voudraient agir de même. Après un certain nombre de récidives, le criminel est réputé incorrigible et relégué, c'est-à-dire que la société renonce à son amendement, s'en débarrasse.

Quel doit être le rôle de la société devant des irresponsable,

devant des malades? Elle ne peut les punir; elle doit les traiter, les soigner, et, s'ils sont restés dangereux, s'en préserver en les internant.

Il y a là un principe de protection générale absolu, intangible; c'est une mesure utilitaire intéressant au plus haut point la sécurité sociale et contre laquelle ne peut prévaloir aucune théorie sentimentale. Les Anglais l'ont bien compris ainsi, et quelque implacable que soit leur formule de placement « au bon plaisir de la Reine » de ces individus, les petits inconvénients individuels d'un pareil système sont largement compensés par ses avantages au point de vue général.

Voyons maintenant rapidement comment ces malades arrivent dans nos asiles :

1° Leur état mental n'a pas paru suspect au juge d'instruction, ils sont condamnés et envoyés en prison. Là, après un séjour plus ou moins long, ils se singularisent, ils se font remarquer par leur indiscipline spéciale, par leur refus de tout travail, quelquefois même par leurs idées délirantes, et le médecin de la prison les envoie au quartier spécial de Gaillon, où ils séjournent pendant la durée de leur peine; de là, ils sont renvoyés dans les asiles de leur département d'origine;

2° Le magistrat instructeur, mettant en doute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, commet un médecin légiste. Ce dernier, ou les déclare irresponsables et dangereux pour la sûreté publique et les fait interner immédiatement, ou admet que leur responsabilité est atténuée dans une mesure plus ou moins grande.

Deux cas peuvent alors se produire : le prévenu est acquitté par le jury, qui n'a pas à condamner un individu ne jouissant pas de son libre arbitre, et de cette façon se trouve remis en liberté et continue à être un danger pour la société par ses impulsions morbides, ses instincts vicieux, qui n'ont été ni traités, ni amendés; ou bien ce prévenu à demi responsable est condamné, va en prison, d'où il est envoyé au quartier spécial de Gaillon, et de là en liberté ou dans un autre asile.

Qu'ils soient remis en liberté en sortant de Gaillon ou après un séjour plus ou moins long dans un autre asile, certains de ces malades, incapables de se conduire et de vivre de la vie normale, incapables de s'adapter au milieu social, recommenceront

bientôt, se retrouveront sous la main de la Justice, et tout se reproduira de la même façon [1].

Les garde-t-on dans un asile départemental, voyons ce qu'ils deviennent. Ils y sont inutilisés parce qu'ils sont dangereux, ils n'y sont pas soignés, et à cause de la discipline spéciale qu'ils exigent, ils gênent les autres malades et empêchent leur traitement. En effet, dans un asile ordinaire, la division des services est toujours à peu près celle-ci : *Quartiers d'infirmerie, des enfants, des vieillards, des tranquilles et travailleurs, des semi-tranquilles, des épileptiques, des gâteux et enfin des agités*. Ce quartier des agités est le seul où une surveillance continue et sérieuse soit établie, où un certain nombre de gardiens soient de service jour et nuit, et auquel soient adjointes les cellules et les préaux d'isolement. Aussi dans ce quartier destiné d'abord à recevoir les maniaques, les excités, trouve-t-on réunis tous les malades ayant besoin de surveillance : mélancoliques à idées de suicide, persécutés actifs, délirants alcooliques, etc. C'est à la fois le quartier d'observation pour les nouveaux et le quartier de force pour les chroniques violents, agressifs ou cherchant à s'évader.

C'est évidemment dans ce quartier que se trouve désignée la place des aliénés criminels, qu'ils nous viennent directement de la prison ou de l'asile de Gaillon ; et alors que les autres malades, une fois que la période aiguë de leur maladie est passée, que

1. Un de nous a signalé à qui de droit un cas type sous ce rapport. Il s'agit d'un nommé L..., condamné sept fois pour vol. Il entre une première fois à l'asile de Gaillon le 17 août 1887, et le 9 février 1889, sa peine terminée, on le transfère à l'asile du Bon-Sauveur, à Caen. Il obtient sa sortie, se fait de nouveau condamner et rentre au quartier spécial de Gaillon le 29 décembre 1892. Il est grâcié et transféré à Caen, à l'asile du Bon-Sauveur, le 1er juin 1895. L..., en outre, avait été condamné à la relégation. A l'asile de Gaillon, il est examiné, comme c'est l'usage, par une Commission médicale qui rédige le certificat suivant : « Cet individu est atteint de débilité mentale avec délire de persécution, craintes d'empoisonnement, etc., etc. Ce malade est absolument incurable, ne peut être relégué et doit être maintenu pour le restant de ses jours dans un asile public d'aliénés. C'est muni de ce certificat de trois médecins que L... a été transféré, le 1er juin 1895, à l'asile du Bon-Sauveur de Caen. Or, peu de temps après, il obtenait sa sortie, et, le 31 août 1895, il était arrêté pour vol à Paris. M. le Dr Vallon, chargé de l'examiner, le déclara irresponsable et incurable, et conclut à son envoi dans un asile d'aliénés.

leur excitation momentanée est tombée, peuvent être passés dans d'autres quartiers où ils attendront leur guérison et où ils pourront travailler et rendre des services, les aliénés criminels resteront là inamovibles, entretenant parmi les autres un esprit de révolte, d'indiscipline, les excitant, les poussant à la violence et aussi aux évasions. Les observations que nous apportons montrent que des aliénés criminels amenés à l'asile d'Evreux sont dans cette division depuis un temps plus ou moins long. L'un d'eux est le seul de l'asile ayant encore la ceinture et les entraves, tant est grande sa violence (Obs. XXII); un autre dut être mis en cellule jour et nuit tout le temps de son séjour à l'asile, tant il s'était montré querelleur et indiscipliné : il avait poussé les malades à se battre et au bout de quelques jours à peine avait organisé une révolte (Obs. XI). Les exemples abondent et tous les aliénistes en ont de nombreux présents à l'esprit. Dans ces conditions, on comprend qu'une discipline très sévère doit régner dans le quartier, et c'est beaucoup de demander aux infirmiers de distinguer entre leurs différents malades. Ces derniers en pâtissent donc. Le médecin lui-même, lorsqu'il fait sa visite, obsédé par les réclamations continuelles, fatigué par les plaintes, les menaces qu'il entend, absorbé lui aussi par les mesures disciplinaires qu'il doit prendre, passe rapidement devant les autres malades qui, souvent effarés de ce qu'ils voient et entendent, sont privés par là même du traitement moral dont ils pourraient cependant tirer grand avantage.

Au point de vue moral, cette promiscuité est dangereuse pour les malades. Quelques-uns de nos aliénés criminels ont déjà fait un séjour dans les prisons et ils y ont pris un certain nombre d'habitudes, de mœurs qui, sans être spéciales à ces maisons, y fleurissent plus qu'ailleurs; ils les apportent dans nos asiles.

En dehors même de la contagion de ces vices, la promiscuité avec des criminels, fussent-ils aliénés, froissent un bien grand nombre de malades. M. Brunet le remarquait déjà au Congrès de Rouen en 1890.

La plupart des asiles n'ont pas de pensionnat complet, et même les pensionnaires agités sont mélangés avec les autres. Ceux-ci, différents d'éducation, de manières, de langage même, sont d'une sensibilité morale plus grande aussi, souffrent encore bien plus de cette fréquentation, se plaignent de se trouver au

milieu de ces criminels divers; ces voleurs, ces incendiaires, ces homicides les épouvantent. Enfin, et à un autre point de vue, ce n'est pas à une époque où il souffle un vent de réformes sur les asiles, où on leur reproche justement le caractère de prison qu'ils ont trop souvent, ce n'est pas à cette époque qu'il convient d'en faire, même particulièrement, des établissements pénitentiaires proprement dits.

Au point de vue financier, l'intrusion de ces criminels dans nos asiles est également déplorable. Ils restent en effet inoccupés, ils coûtent fort cher à l'asile pour la surveillance qu'ils demandent et ne rapportent absolument rien.

Ne pourrait-on les faire travailler? L'expérience a été faite au quartier spécial de Gaillon, et en Angleterre elle a pleinement réussi : elle a montré que plus de la moitié des malades travaillent.

Mais pour arriver à ce résultat il faut réunir un certain nombre de ces malades, les installer dans un quartier spécialement organisé et surveillé.

Dans les asiles, cette mesure ne peut pas être prise. On peut compter que la moyenne des aliénés criminels sera d'une dizaine environ par asile départemental ordinaire; il est certain que nous ne parlons pas ici des asiles affectés aux grands centres. Ce nombre est suffisant pour troubler nos asiles, mais trop faible pour permettre d'utiliser ces individus qui compteront forcément dans le nombre des non-valeurs.

Une tentative de ce genre a été faite à l'asile d'Evreux. Il a été créé à un deuxième étage un quartier de surveillance spéciale où on a établi un atelier de chaussures. Dans ce quartier, le régime est assez dur et rappelle celui de la prison que certains malades regrettent du reste : le lever y est à cinq heures, on travaille jusqu'à dix heures et demie, on sort de une heure à trois heures et on travaille ensuite.

C'est un régime infiniment plus pénible que celui de l'asile de Gaillon, où les malades ont de vastes salles, de l'air, des jardins, etc., sans compter un régime alimentaire qu'envieraient bon nombre d'asiles départementaux. Un très petit nombre d'aliénés criminels sont restés dans ce quartier, les autres ont été remis dans le quartier des agités; il eût fallu un trop grand nombre de gardiens pour maintenir l'ordre.

Nous n'avons pas ici à décrire la vie des malades dans les quartiers d'agités ; vous connaissez tous ces longues journées inoccupées passées dans les cours entourées de murs ou dans les salles, et coupées seulement par les repas. C'est une forme de supplice intolérable pour ceux qui, n'ayant pas de délire constant, doivent séjourner dans un pareil milieu.

En résumé, nous voyons que dans l'état actuel des choses la société n'est pas suffisamment défendue contre les aliénés criminels qui, pouvant être mis en liberté suivant le bon plaisir d'un médecin ou d'un magistrat, rentrent dans la vie ordinaire sans avoir été traités ni amendés et, par conséquent, prêts à recommencer. Les prisons ne sont pas faites pour les conserver et s'en débarrassent au profit des asiles où ils viennent apporter le trouble et empêcher le traitement des autres malades. Au point de vue moral, leur promiscuité est dangereuse ; au point de vue financier, leur présence parmi les malades écarte de nos asiles les pensionnaires qui sont froissés par leur contact ; ils sont en outre inutilisés, ne rapportent rien et coûtent fort cher par suite de la surveillance spéciale qu'ils exigent.

Si maintenant nous examinons la question au point de vue même de ces aliénés criminels, trouverons-nous qu'ils sont traités comme ils doivent l'être ? Bénéficient-ils d'une mesure de trop grande bienveillance lorsque le médecin les reconnaît irresponsables et par là leur évite une condamnation qui parfois peut être légère ? Nous ne le croyons pas. Ils ne sont pas traités comme ils pourraient l'être, car un certain nombre de ces dégénérés, soumis dès leur jeune âge à l'action funeste de l'alcool, aux mauvaises fréquentations, sont encore susceptibles d'une certaine éducation morale. Beaucoup de ces pauvres gens à cerveau incomplet et souvent trop malléable, trop portés à l'irritation, sont tombés dans le vice et le vagabondage, n'ont pu s'adapter à leur milieu social faute d'un appui, faute d'une éducation professionnelle leur permettant de faire face aux difficultés de la vie. Quelle éducation morale ou professionnelle leur donne-t-on dans les quartiers d'agités ? Ils prennent l'habitude de la paresse, et perdus au milieu d'un millier de malades, ils disparaissent et le médecin n'a pas le temps matériel de s'occuper d'eux en dehors des maladies intercurrentes qu'ils peuvent présenter.

Nous avons déjà dit que plusieurs regrettaient la prison parce qu'ils y travaillaient, qu'ils y gagnaient de l'argent et pouvaient jouir du fruit de leur travail.

La prison a pour eux un autre avantage : elle a une durée limitée et qu'ils connaissent à l'avance. Quelle doit être la durée de leur séjour à l'asile? Ils ne peuvent le savoir et le médecin lui-même l'ignore. Elle sera variable avec les opinions des médecins dans le service desquels le sort les aura placés ; elle dépendra de la visite opportune d'un magistrat, etc.

Voici, en effet, un épileptique qui, pendant une absence, un vertige, allume un incendie. A l'asile, il n'a plus d'attaques, plus de vertiges, plus d'absences. Au bout de combien de temps le médecin peut-il le considérer comme absolument guéri?

Son épilepsie ne reparaîtra-t-elle pas s'il sort, s'il se livre à quelques excès? Question insoluble. Tel dégénéré, impulsif, homicide, n'ayant plus à l'asile d'impulsions violentes, quand cessera-t-il d'être dangereux? Quand pourra-t-il être considéré comme guéri de ses impulsions?

Le médecin seul prenant la responsabilité de ces sorties, celles-ci seront absolument sous la dépendance de sa personnalité, de ses opinions, et aucune règle générale ne pourra être établie.

Les uns garderont, par plus de prudence, ces malades pendant de longues années; les autres les feront sortir pour s'en débarrasser dès qu'ils les auront.

Le sort de ces aliénés n'est donc pas bien réglé. Rappelons-nous, en outre, qu'ils sont d'ordinaire placés dans le quartier des agités, et que là les mesures disciplinaires dont ils ont besoin sont souvent outrées par le fait seul que l'endroit où ils sont renfermés n'a pas été construit pour eux, ne répond pas au besoin auquel il sert.

Après avoir constaté ces nombreuses défectuosités, pouvons-nous indiquer le moyen d'y remédier? Le moyen est connu ; demandé depuis longtemps déjà par les médecins aliénistes, il est actuellement réclamé par les magistrats et les législateurs.

Il consiste dans la construction d'un ou de plusieurs asiles d'aliénés criminels.

Nous avons indiqué plus haut les inconvénients des quartiers d'aliénés criminels annexés aux asiles, comme le réclamait le Dr Bourneville.

Voici comment s'exprimait à cet égard l'un de nous au Congrès pénitentiaire international :

« L'asile spécial s'impose, et cet asile, qu'on appellera, si l'on « veut, asile de sûreté, suivant l'expression formulée par M. le « Dr Paul Garnier, doit être sous la dépendance absolue de « l'Etat. On évitera ainsi l'ingérence des Conseils généraux, « souvent trop disposés, comme le remarquait fort bien Lu- « nier dans un travail déjà cité, à diminuer le nombre des « pensionnaires qui obèrent le budget. Dans cet asile, les pla- « cements seront faits par l'autorité judiciaire, de même que « les sorties. La responsabilité du médecin se trouvera ainsi « singulièrement allégée. »

Et comme il convient d'avoir une loi d'utilité générale, on pourra interner dans cet asile tous les aliénés coupables d'un délit grave, fous moraux et délirants. C'est au médecin ensuite à faire la différence et à effectuer le classement.

De cette façon, en même temps que la société sera protégée d'une façon efficace, toutes les difficultés que nous avons signalées, soit pour le médecin expert, soit pour le directeur d'asile, tant pour les aliénés ordinaires que pour les criminels aliénés, disparaîtront. Ceux-ci, réunis en assez grand nombre, pourront être utilisés ; ils pourront travailler et diminuer ainsi les frais de leur entretien, et alors, à la suite du traitement moral et individuel, quand l'un d'eux paraîtra au médecin susceptible d'être remis en liberté, il sortira en vertu d'une décision ministérielle qui mettra à couvert la responsabilité du médecin. Mais sa sortie ne serait pas définitive, elle serait en quelque sorte conditionnelle, c'est-à-dire que pendant un certain temps le malade resterait soumis à la surveillance de la police. Cette mesure permettrait de le faire réintégrer à l'asile avant qu'il ait eu le temps de commettre un délit ou un crime, dès que son état mental paraîtrait de nouveau suspect, dès que sa conduite laisserait à désirer. Ce système existe en Angleterre et il est appliqué avec plein succès à l'asile de Broadmoor.

Nous ferons suivre ce travail de quelques observations. Celles-ci sont divisées en trois groupes. Dans un premier groupe viennent se ranger quelques malades types actuellement encore à l'asile de Gaillon, délirants ou fous moraux, dont l'histoire vient corroborer ce que nous avons dit plus haut.

Dans un deuxième groupe, on trouvera les individus sortis de Gaillon et admis à l'asile d'Evreux à leur libération.

Dans un troisième groupe, nous avons réuni les malades entrés directement à l'asile après acquittement.

Observations du premier groupe. — Malades délirants et dégénérés actuellement à l'asile de Gaillon.

OBSERVATION I. — Ch..., âgé de cinquante et un ans, condamné aux travaux forcés à perpétuité. Le 15 mars 1876, il est condamné par le tribunal de Constantine à cinq ans d'emprisonnement pour coups et blessures ayant entraîné la mort; en 1885, le tribunal correctionnel de Batna le condamne à deux ans de prison pour coups et blessures volontaires.

Crime commis à la maison centrale de Lambessa, où Ch... est en train de purger une autre condamnation. Le 28 février 1887, le tribunal de Constantine le condamne à quinze mois de prison, cette fois encore pour coups et blessures volontaires. Le 18 décembre 1888, la cour d'assises de la Corse condamne Ch... à la peine des travaux forcés à perpétuité pour avoir, dans la nuit du 28 au 29 juin 1888, au pénitencier de Chiavari, donné volontairement la mort à trois individus.

Voici ce qui s'était passé. Le malade qui nous occupe est un persécuté avec hallucinations multiples; il sait à peine le français, et il faut être très habitué à l'entendre pour comprendre les quelques mots bizarres qu'il prononce. Etant détenu à Chiavari, il avait été placé à l'infirmerie comme surveillant, et une nuit, sous l'influence de ses idées de persécution, il avait étranglé trois de ses camarades.

En avril 1890, on s'aperçut à Chiavari, où il subissait sa nouvelle peine, que Ch... ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés; on ordonna son transfèrement à l'asile d'Aix, aux fins d'examen. L'ordre d'envoi ajoute : « Ch..., qui sera conduit à l'asile d'Aix, dans une voiture cellulaire, est un individu d'une force exceptionnelle, à l'égard duquel il y a lieu de prendre et de recommander toutes précautions utiles en vue de prévenir les conséquences possibles de ses accès de fureur. »

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le rapport médical du directeur-médecin de l'asile d'Aix, le docteur Danby :

« Ch... est atteint de lypémanie avec affaiblissement intellectuel et perte absolue de sens moral. L'observation attentive à laquelle nous l'avons soumis, nos entretiens fréquents aidés d'un interprète, nous révèlent que Ch... n'a pas conscience de la gravité des actes qu'il a commis. Il est déprimé, porte sur son facies le masque de l'hébétude la plus manifeste et accuse dans ses réponses toute une trame délirante dans laquelle dominent les idées de persécution et quelques idées d'empoisonnement. Il est victime de la malveillance de ses

co-détenus; si on l'a fait passer pour fou, c'est qu'on veut sa mort, et, du reste, le médecin de Chiavari lui a donné une drogue qui lui a fait couler l'eau de la bouche pendant quatre jours. Pendant son séjour à l'asile, il n'a pas fait de nouvelles tentatives de meurtre; mais en raison des actes graves qu'il a commis, il nous paraît devoir être considéré comme dangereux, et, suivant le désir de M. le Ministre de l'Intérieur, séquestré au quartier spécial annexé à la maison centrale de Gaillon, l'asile d'Aix manquant de l'installation nécessaire pour exercer sur ces aliénés criminels la surveillance rigoureuse à laquelle il convient de les soumettre. »

Ce rapport en dit plus que toutes les considérations auxquelles nous pourrions nous livrer. Nous ajouterons qu'à l'asile de Gaillon, Ch... est le seul malade qui soit maintenu perpétuellement en cellule et auquel on soit obligé de laisser la camisole et les entraves. Lorsque l'un de nous fut chargé du service médical, il tenta de débarrasser le malade de ces instruments de contraintes; mais Ch... ayant voulu étrangler un surveillant, on fut forcé d'en revenir à l'ancienne méthode.

Observation II. — M..., quarante-six ans, condamné à six ans de réclusion, à dix ans de surveillance et à la déchéance de la puissance paternelle pour attentat à la pudeur.

Quatre condamnations antérieures pour violence, blessures, outrages, rébellion, etc. Cet individu a été transféré de la maison centrale de Melun où il était arrivé le 29 janvier 1896, à l'asile de Gaillon, le 8 avril 1896.

Voici un extrait du certificat de transfèrement, rédigé par M. le Dr Masbrenier, médecin de la maison centrale de Melun :

« M..., dès le premier jour de son arrivée, a donné des signes manifestes d'aliénation mentale ; sa loquacité et son inconscience ne permettent pas de le laisser dans un atelier.

« M. le Dr Lacroze, de Gaillon, a constaté son état mental. M... a été gracié, admis dans plusieurs maisons de santé, Bicêtre, Sainte-Anne, Evreux, etc., et sa place est à Gaillon. »

M... est en effet déjà venu à l'asile de Gaillon en juillet 1887. Il subissait alors une peine à deux ans de prison pour blessures volontaires. Grâcié par décret le 22 août 1888, il était envoyé par le docteur Lacroze, médecin de l'asile de Gaillon, à l'asile d'Evreux, d'où, comme on le voit, il ne tardait pas à sortir.

M... est atteint du délire de persécution avec hallucinations généralisées et tendances à la démence. Il a parfois des impulsions violentes dont sont victimes les médecins et les gardiens; il s'arme de tout ce qui lui tombe sous la main. En novembre dernier, il s'était fabriqué une massue à l'aide d'un couvercle de cabinet, déclarant qu'il frapperait quiconque entrerait dans sa cellule. Il a frappé à plusieurs reprises, et peut être considéré comme un malade très dangereux. C'est un de ces individus qu'il est impossible de maintenir

dans un asile ordinaire, comme le prouvent les différents séjours qu'il a faits dans divers établissements.

Observation III. — R..., quarante-deux ans, condamné à cinq ans de réclusion pour vol qualifié. Ce malade, originaire d'Italie, est arrivé à l'asile porteur d'un livre dans lequel il avait dissimulé deux lames d'environ 20 centimètres de longueur. Ces couteaux étaient destinés à tuer l'inspecteur de la maison centrale de Riom.

R... est atteint du délire de la persécution avec hallucinations généralisées. Il prétend qu'on a voulu le faire assassiner; il crache et tousse continuellement, et lorsqu'on lui en demande la raison, il prétend que c'est le premier gardien qui l'oblige à le faire. On est forcé de le changer constamment de section, son voisinage devenant intolérable pour ses camarades, ceux-ci ayant voulu à plusieurs reprises lui faire un mauvais parti. Ici encore il s'agit d'un malade qui dans un asile ordinaire devra être surveillé très attentivement et qu'il sera impossible très probablement de laisser en commun avec les autres pensionnaires.

Observation IV. — G..., trente-six ans, condamné à cinq ans de prison et à la relégation pour vol. Ce malade, qui avait déjà subi plusieurs condamnations en Italie et dont la mère est internée à l'asile d'aliénés de Turin, fut envoyé le 20 septembre 1892 à la maison centrale de Landerneau. Dès son arrivée, il se plaint de bourdonnements d'oreilles pour lesquels on l'admet à l'infirmerie; il en sort le 29 novembre. Sa conduite laissant à désirer, on l'isole et on le soumet à une observation médicale. Du 27 mars au 9 décembre 1893, son état paraissant normal, il est renvoyé dans les ateliers. Le 26 septembre 1894, le gardien-chef lui ayant fait une observation, G... le frappe d'un coup de couteau dans le flanc droit. G... est de suite isolé; mais il ne peut être maintenu dans la cellule qu'on lui assigne à cause du tapage qu'il fait et des cris qu'il profère, empêchant les autres détenus de dormir. Le médecin-expert chargé de l'examiner, relève chez lui des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe, des propos incohérents, etc., etc. G... est déclaré irresponsable et envoyé à l'asile de Gaillon le 16 avril 1895.

Dans le service, G... a eu des périodes d'excitation extrêmement violentes, avec hallucinations généralisées, avec prédominance des hallucinations du sens de l'ouïe et du sens génital. Il dit entendre constamment un bruit de téléphone; il est persécuté par des médecins italiens, entre autres Lombroso, qui ne lui laissent pas une minute de repos. Il croit être environné de gens qui viennent le tourmenter jusque dans sa cellule; on l'excite, on provoque des éruptions en le masturbant nuit et jour; souvent il devient violent et cherche à frapper.

C'est, en somme, un persécuté avec des réactions d'une violence inouïe qui rendent impossible son maintien dans un asile ordinaire.

Observation V. — D..., âgé de trente-cinq ans, condamné aux travaux forcés à perpétuité pour tentative d'homicide volontaire. Transféré de la maison centrale de Clairvaux à Gaillon, le 25 février 1893. D..., au moment de faire son service militaire, avait déjà subi deux condamnations pour tapage et rébellion. En octobre 1883, le conseil de guerre d'Oran le condamne à cinq ans de travaux publics pour outrages envers un supérieur. En juin 1884, il est condamné à mort pour le même motif. Par décret du 25 août 1884, la peine est commuée en vingt ans de détention, et la Cour ordonne que D... subira sa peine à la maison centrale de Clairvaux; qu'en outre, il sera resserré plus étroitement, enfermé seul, et soumis à l'emprisonnement cellulaire pendant six mois.

Le 9 août 1888, D... qui subissait sa peine à Clairvaux, est condamné aux travaux forcés à perpétuité pour tentative d'homicide volontaire.

D... a fait au dehors de nombreux excès de boisson et surtout d'absinthe; on note également des excès de masturbation. C'est le véritable type du fou moral, du dégénéré, avec accès d'excitation de la plus grande violence revenant par intervalles. A Gaillon, il se plaint continuellement de tout et de tous, s'imagine que tout le monde s'occupe de lui, qu'on fait tout pour le surexciter, selon son expression. On est continuellement obligé de le changer de section; il présente, en outre, des périodes pendant lesquelles il montre une agitation des plus intenses, cassant les carreaux, brisant tout ce qui lui tombe sous la main, injuriant tout le monde, et badigeonnant les murs de sa cellule avec ses matières fécales.

C'est encore un de ces individus dont le maintien dans un asile ordinaire, aux compagnies de discipline ou en prison, est absolument impossible.

Il est bon d'ajouter que D... a des antécédents de famille et qu'un de ses oncles est interné à l'asile de Bron.

Observation VI. — M..., trente-neuf ans, condamné à dix ans de réclusion pour avoir violé, étant ivre, une femme de soixante-quatorze ans; a sept condamnations antérieures pour voies de fait, coups et blessures, rébellion contre les agents. La première de ces condamnations remonte à l'année 1876; pendant son service militaire, en 1877, M... se fait condamner à cinq ans de prison par le conseil de guerre, pour désertion avec emport d'effets.

Reconnu irresponsable peu de temps après, il est envoyé à l'asile de Bron.

Dans une grande quantité d'asiles, M... a également fait plusieurs séjours, notamment à l'asile de Saint-Pierre (Marseille), à l'asile de Clermont (Oise), à l'asile de Maréville, où il est revenu quatre fois, en 1880, 1883, 1884, 1893.

A Marseille, on le considère comme atteint de lypémanie avec délire des persécutions; à Clermont, M. Martinencq le dit atteint de

dégénérescence mentale avec esprit de tout temps mal pondéré, caractère ombrageux, emporté et violent, et accès intermittents de délire à forme systématique, raisonnant, où prédominent des idées de persécution et des impulsions dangereuses pour la sécurité publique.

A Maréville, le docteur Langlois le considère comme atteint de délire partiel, en 1881. En 1893, lors du dernier séjour de M... à cet asile, le docteur Langlois chargé d'examiner M... formule les conclusions suivantes :

1° M... n'est pas aliéné;

2° Au moment des actes qui lui sont reprochés, il jouissait de son libre arbitre;

3° Il est responsable.

Il est impossible de ne pas signaler ici ces contradictions flagrantes; je ne puis entrer dans plus de détails à l'occasion de cette observation très résumée.

Pour nous, M... est un aliéné, c'est un type d'aliéné persécuté et persécuteur; il est sujet à des accés d'excitation des plus violents, s'est livré à plusieurs reprises dans le service à des voies de fait sur des camarades et sur le personnel, s'est mis plusieurs fois en état de rébellion ouverte.

C'est, en somme, un de ces individus éminemment dangereux, qu'on ne peut garder nulle part, pas plus au régiment qu'en prison ou dans un asile d'aliénés ordinaires. C'est le type d'aliéné criminel pour lequel il faut un établissement spécial où il sera gardé à vie par ordre de l'autorité judiciaire, comme cela a lieu depuis longtemps en Angleterre.

Observation VII. — R..., âgé de quarante ans, condamné à huit ans de réclusion pour attentat à la pudeur sur un enfant de sept ans. Pas dé condamnations antérieures.

R... est entré à l'asile de Gaillon le 5 juillet 1894, un an après le commencement de sa peine à la maison centrale de Thouars. C'est un épileptique ayant des accès fréquents; mais à côté de ses crises d'épilepsie, R... présente de la dégénérescence mentale avec impulsions violentes et mauvais instincts. Il est doué d'un caractère insupportable, ne pouvant s'accorder avec aucun de ses co-détenus, récriminant continuellement, toujours prêt à se battre pour les raisons les plus futiles. Ses défauts de caractére s'exagérent encore pendant les périodes d'accès; à ce moment, R... n'a pas la moindre conscience de ses actes et devient extrêmement dangereux.

On ne compte plus à l'asile les batailles auxquelles R... a été mêlé, et rien, conseils, réprimandes, mises à l'isolement, sans parler du traitement thérapeutique ordinaire de l'épilepsie, rien, disons-nous, n'a pu modifier cet état de choses. C'est là un malade chronique, dangereux à un double point de vue : 1° en raison de l'épilepsie suivie de longues périòdes inconscientes, et 2° par suite de son caractère violent tout spécial que les périodes comitiales ne font qu'exagérer

Observations du deuxième groupe. — Malades sortis de Gaillon et internés à l'asile d'Evreux.

Observation VIII. — B... (Eugène), cinquante-neuf ans. Entré le 23 juillet 1895. Il subit une seule condamnation à huit ans de travaux forcés et dix ans d'interdiction de séjour :

1° Pour faux en écritures de commerce et usages;

2° Pour détournements par homme à gages.

Emprisonné à Melun, il commença à ressentir des troubles divers. Il devint auto-conductible. Par le régime ascétique, il fut mis en rapport avec la sûreté générale, etc. Il construisit nn délire de persécution systématisé et fut envoyé à Gaillon; de là, il fut transféré à Evreux. A l'asile, il montra les mêmes idées de persécution : il croit être ici pour y subir une vérification; il ne veut pas reconnaitre son fils. Il reste inactif, dangereux, violent, s'excite très souvent et devient agressif. Il a été placé dans le quartier des agités.

Observation IX. — B... (Nathan), trente-huit ans. Entré le 30 octobre 1897. Condamné pour vol à cinq ans de prison, il fut transféré de Poissy au quartier de Gaillon, puis à l'asile d'Evreux. Est atteint de dégénérescence mentale et physique, avec idées de persécution systématisées et hallucinations de tous les sens. On le tourmente par l'hypnotisme et le spiritisme; il ressent des douleurs dans le périnée, on lui retire le sperme, on le pousse à se masturber, etc.

On lui donne des ordres, on le pousse à frapper, etc.

Il est très violent et doit être maintenu dans un quartier de surveillance spécial, tant à cause de ses violences que de ses idées d'évasion.

Observation X. — A... (Louis), quarante-deux ans. Entré le 17 janvier 1893.

Il a été condamné à cinq ans de prison et dix ans d'interdiction de séjour, le 4 mai 1882, pour faux en écritures et usages.

Dix-neuf jours après sa libération de cette peine, il encourut de nouveau cinq ans de prison pour vol et port d'armes prohibé.

Transféré de Poissy à Gaillon, le 19 octobre 1892, il fut amené à l'asile d'Evreux. Il est atteint de délire systématisé progressif; ses idées de persécution se sont transformées en idées de grandeur et de satisfaction.

Il est fils de Dieu, etc.

Il est d'une très grande violence, et, pendant de longues périodes, on a dû l'isoler dans un préau pendant la visite.

Il est dans le quartier des agités.

Observation XI. — G... (Henri), quarante et un ans, journalier. Entré le 17 mars. (Finistère).

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une attaque de congestion cérébrale. Frère interné à l'asile de Quatre-Mares.

Elevé comme enfant de troupe, il fut, à l'âge de treize ans, envoyé dans une maison de correction pour vols.

Devenu soldat, il est traduit devant le conseil de guerre pour vol et condamné à trente mois de prison. Pendant qu'il fait sa peine, il encourt une nouvelle punition : cinq ans de travaux publics pour outrages à ses supérieurs.

Rendu à la vie civile de 1877 à 1884, il se fait condamner sept fois pour vol, vagabondage, mendicité; en 1884, il retourne chez son père et frappe sa belle-mère d'un coup de couteau. Condamné à huit ans de prison et dix ans de surveillance, il obtient encore cinq ans de réclusion pour coups et blessures à un gardien de prison. Transféré au quartier d'aliénés de Gaillon à cause d'attaques d'épilepsie survenant deux ou trois fois par mois, il est envoyé à l'asile d'Evreux avec le certificat suivant : Epilepsie. Malade impératif et violent, caractère difficile. Dangereux pour lui-même et les autres, il ne peut vivre au dehors et doit être interné dans un asile d'aliénés.

A l'asile de Navarre, il fut placé dans la division des agités. Il se montre aussitôt indiscipliné et violent, il se dispute avec les autres malades et les frappe, il cherche à organiser un complot dirigé contre un gardien, etc. On fut obligé de le mettre en cellule tout le temps qu'il resta à l'asile. Ses attaques étaient rares, survenant la nuit.

Il était d'une intelligence suffisante et possédait une mémoire sûre. Il se rappelait les différents délits qu'il avait commis et n'avait jamais agi, semblait-il, sous l'influence d'un vertige épileptique : c'était un fou moral. Son caractère était difficile ; il faisait des réclamations nullement motivées, et ses réactions motrices étaient dangereuses.

Observation XII. — B..., dit L..., trente-deux ans. Entré le 31 mai 1892.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mére nerveuse, six fréres ou sœurs morts en bas-âge.

De douze à vingt et un ans, il fut enfermé dans une maison de correction pour vagabondage et filouterie. Parti comme soldat, il fut condamné par le conseil de guerre à quatre ans de prison pour complicité de vol. A la prison de Hers, il eut deux ans de prison pour outrages à un supérieur. Il fut grâcié et réformé à la suite de crises nerveuses. Deux ans après, il volait le tronc d'une église et se faisait condamner à cinq ans d'interdiction de séjour. Envoyé à Gaillon, il se montra d'un caractère difficile et violent; il montait des cabales dans les quartiers et cherchait à frapper les gardiens.

Le Dr Colin l'envoya à l'asile d'Evreux avec le certificat suivant :

Débilité mentale avec hystéro-épilepsie, impulsions violentes et mauvais instincts, malade paresseux, difficile à conduire.

A l'asile, il se montre calme, travaille assez régulièrement. Il compose des chansons (paroles et musique). Il espère gagner sa vie en les chantant au dehors.

Il n'a aucune conscience de sa débilité congénitale et demande à sortir.

Maintenu dans le quartier de surveillance.

Observation XIII. — R... (Louis-Félix), vingt-cinq ans. Entré le 3 juillet 1896.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, atteint de mal perforant ayant nécessité l'amputation.

De treize à vingt et un ans, il subit dix condamnations pour vol, vagabondage spécial, coups et blessures. La dernière l'envoya à Poissy, d'où il fut transféré à Gaillon, puis à Évreux, avec le certificat suivant :

Hémiplégie infantile avec épilepsie, malade impulsif et dangereux. Incapable de vivre au dehors.

C'est un débile qui n'a pu apprendre à lire ni à écrire. Il est d'un caractère difficile et querelleur; il a une opinion exagérée de lui-même, possède peu de sens moral; il travaille peu, irrégulièrement, cherche toujours à ourdir des complots dans les quartiers et menace de s'évader dès qu'il en trouvera l'occasion.

Il est maintenu au quartier de surveillance.

Observation XIV. — P... (Jules), quarante-deux ans, courtier en librairie (Seine). Entré le 3 février 1897.

Condamné le 1er avril 1895 à trois mois de prison et 25 francs d'amende pour escroquerie, et à treize mois de prison pour vol le 20 décembre 1895.

Le 21 août 1896, il fut transféré de la maison centrale de Poissy à Gaillon, à la suite d'actes apoplectiformes, le 10 octobre 1896. Il est amené à Évreux avec le diagnostic de paralysie générale probable porté par le Dr Colin. Le diagnostic se trouve confirmé.

Il est aujourd'hui dans le quartier des gâteux.

Paralysie générale, pupilles inégales, embarras de la parole. Tremblement fibrillaire des doigts, de la langue et des muscles des lèvres. Idées de satisfaction. Quelques idées hypocondriaques et de persécution.

Observation XV. — D... (Jacob). Entré le 21 décembre 1880. Parents aliénés.

Il a été placé dans le quartier d'aliénés de Gaillon le 21 octobre 1896, étant atteint de lypémanie avec hallucinations, idées de persécution et de suicide.

Depuis une quinzaine d'années, il est en démence complète.

Il est à la division des gâteux.

Observation XVI. — B... (Michel), trente ans. Entré le 19 avril 1895.

Il a été condamné à l'âge de dix-sept ans à trois mois de prison pour vol; puis, étant au service militaire, à cinq ans de réclusion et à la dégradation militaire pour abandon de son poste étant en faction,

de vol au préjudice d'un militaire et de désertion à l'étranger en temps de paix.

Il est atteint de débilité mentale avec idées vagues de satisfaction et de persécution, et interprétations délirantes multiples. On l'a livré à la persécution parce qu'il était trop intelligent; s'il a été condamné, c'est qu'il a voulu marcher trop droit, et sa conduite a toujours été exemplaire.

Il travaille assez régulièrement à faire des chaussons, mais il fait souvent des réclamations, des menaces, et serait violent à l'occasion.

Il n'a aucune conscience de son état morbide, il réclame toujours sa sortie.

On doit le maintenir dans un quartier de surveillance.

Observation XVII. — B... (Delphin), soixante-trois ans. Entré le 29 mars 1879.

Il arrive de Gaillon, où il a passé une dizaine d'années.

Aucun renseignement sur son compte.

Manie chronique, avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe.

Aujourd'hui, il présente de la démence et du gâtisme.

Observation XVIII. — V... (Charles-Camille), âgé de quarante-sept ans. Entré le 8 mai 1890.

Transféré de Gaillon, il présente, à son entrée, des idées de persécution : on met des drogues dans ses aliments pour connaître ses pensées, on le fait agir malgré lui, on l'a poussé à commettre des vols, etc., il est halluciné.

Depuis, il présente des alternatives d'excitation et de dépression, il est très violent vis-à-vis des autres malades.

Il a dû être placé dans le quartier des agités.

Observation XIX. — R... (Frédéric), quarante-huit ans. Entré le 29 juillet 1885.

A l'époque de son transport de Gaillon à Evreux, il présentait des idées de grandeur et se disait le premier roi du monde, etc.

Occupé aux travaux du jardin, il s'évada, se fit arrêter près de l'asile de Quatre-Mares, où il fut recueilli.

Depuis, l'intelligence s'est affaiblie; il cause seul, s'excite parfois, est violent, et doit être maintenu à la division des agités.

Observation XX. — C... (Pascal), quarante-huit ans. Entré le 5 septembre 1884.

Il a été condamné trois fois pour vol. Il présentait, au moment de son transfert de Gaillon à Evreux, des idées de persécution avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Il est tourmenté par le magnétisme, il entend et voit la sainte Vierge, etc.

Idées mélancoliques et tentatives de suicide.

Il s'est évadé en 1888, il est resté six jours dehors et fut arrêté à Versailles.

Aujourd'hui, il présente de l'excitation chronique, avec loquacité incohérente, idées de satisfaction.

Il est maintenu à la division des agités.

Observation XXI. — B... (Joseph), quarante-sept ans. Entré le 12 janvier 1887.

De 1878 à 1885, il subit sept condamnations pour vol, ivresse, bris de clôture et violences. Il fut transféré de Gaillon à Evreux avec le certificat d'alcoolisme chronique, avec idées de persécution et hallucinations.

Depuis, l'intelligence est affaiblie; il est incohérent dans ses propos, mais il est toujours excité et violent, et doit être maintenu dans le quartier d'agités.

Observation XXII. — M... (Evangelo), trente-deux ans, né en Grèce. Entré le 11 juillet 1891.

Il a été condamné, à Paris, à treize mois de prison pour vol. Il prétendait avoir traversé toute l'Europe en vivant du produit de ses vols.

Il fut transféré de Gaillon avec le certificat suivant :

Lypémanie avec hallucinations, accès de violence et agitation continuelles.

Après une période de calme, il devient excité; il ne répond aux questions qu'en grec. Il est d'une violence inouïe, crache à la figure des personnes, essaie de les frapper, de les mordre.

C'est le seul malade de l'asile à qui on laisse les entraves et la ceinture; on a dû même l'isoler du quartier d'agités pendant la visite.

Observation XXIII. — G..... (Henri), trente-huit ans. Entré le 3 mai 1891.

Pendant qu'il accomplissait une peine à la maison de Poissy, il manifesta des idées de persécution, des craintes d'empoisonnement, qu'il manifestait encore lorsqu'il fut transféré de Gaillon à l'asile d'Evreux.

Depuis quelques années, il est dans un état d'excitation chronique, avec loquacité incohérente.

On ne peut obtenir de lui aucune réponse raisonnable. Il a toujours refusé de faire connaître son véritable état civil.

Il est très violent, agressif, a souvent frappé des malades, et il doit être maintenu dans le quartier des agités.

Observation XXIV. — R... (Annet), cinquante-cinq ans. Entré le 13 décembre 1892.

Il est entré au quartier spécial de Gaillon le 10 août 1891, venant de la maison centrale de Clairvaux, où il accomplissait une peine de trois ans pour outrages à un maire et coups volontaires.

De 1877 à 1889, il avait subi huit condamnations à des peines légères pour vagabondage, bris de clôture, etc.

Depuis son enfance il est épileptique et les attaques sont de plus en plus fréquentes.

Aprés les attaques, il est excité.

Il présente aujourd'hui de la démence, avec idées de grandeur, incohérence; il dirige le soleil, etc.

Il est querelleur et violent; il s'est jeté à plusieurs reprises sur les médecins, se bat avec les infirmiers et ses camarades, etc.

Il a dû être mis au quartier des agités.

Observations du troisième groupe. — Malades entrés à l'asile d'Evreux après avoir été déclarés irresponsables de leurs crimes ou délits.

Observation XXV. — L... (Henri), trente-sept ans. Entré le 1er novembre 1895, venant de l'asile de Quimper avec le certificat suivant :

« Lypémanie et hallucinations, dégénérescence mentale héréditaire. S'accuse de vices contre nature. On lui a placé des yeux sur différentes parties du corps, on veut lui arracher sa pensée, etc., etc. »

A l'asile, il présente des idées incohérentes de persécution.

Sa conduite antérieure avait été désordonnée. De seize à dix-neuf ans, interné à Mettray; il ne pouvait tenir dans aucune maison d'éducation. Il fit vingt-quatre mois de prison sur vingt-sept qu'il passa au régiment, et fut définitivement condamné à cinq ans de bagne pour insultes, menaces et dévastation d'un bâtiment de l'Etat.

Toujours trés délirant et halluciné, on est obligé de le maintenir isolé dans un préau et une cellule, au quartier des agités.

Observation XXVI. — M... (Maximilien), soixante-sept ans. Entré le 25 juillet 1895.

Inculpé d'incendie de maison habitée, de tentative de meurtre sur sa femme et d'empoisonnement sur son fils.

Il fut transféré de la prison à l'asile d'Evreux, à la suite d'un rapport médico-légal concluant à son irresponsabilité.

Il était atteint d'alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel, idées de persécution systématisées contre sa femme et son fils; ses idées délirantes reposaient sur des hallucinations et des illusions d'origine alcoolique.

Depuis son entrée, il n'a renoncé à aucune de ses idées de persécution.

Il fait des réclamations constantes et demande sa sortie.

Maintenu dans un quartier de surveillance.

Observation XXVII. — P... (Gaston), dix-neuf ans. Entré le 11 octobre 1896.

Transféré de la prison d'Evreux.

Inculpé de deux tentatives de meurtre et d'une tentative de viol.

Il a été reconnu irresponsable et dangereux pour la sécurité so-

ciale, sur un rapport médico-légal du docteur Vigouroux du 26 septembre 1896.

C'est un sourd-muet, élevé à l'Institut national de Paris, et instruit dans le métier de menuisier.

Se trouvant en vacances, il se jeta sur une jeune fille qui refusait d'avoir des rapports avec lui; il la frappa, ainsi qu'une autre femme venue à son secours. Il disait avoir eu la tête troublée. Son intelligence est débile; il ne se rendait pas compte de la gravité des actes qu'il avait commis et offrait à la jeune fille de se marier avec elle.

Il se met facilement en colère, et a menacé une fois de se tuer si on ne lui rendait pas la liberté.

Maintenu dans un quartier de surveillance à faire des chaussons; en raison des réactions violentes qu'il a présentées, on n'ose l'employer à la menuiserie où il pourrait rendre des services.

Observation XXVIII. — C... (Georges), vingt ans. Entré le 30 juin 1897.

Inculpé d'incendie volontaire et reconnu irresponsable de ses actes à la suite d'un rapport médico-légal.

Il est atteint d'imbécillité congénitale. D'après les renseignements fournis par sa mère, il est sujet à des accidents épileptiques suivis d'une période d'inconscience pendant laquelle il peut devenir dangereux pour les autres.

Il était poursuivi pour deux tentatives d'incendie et soupçonné d'en avoir commis beaucoup d'autres.

Il est maintenu dans le quartier de surveillance, de peur d'évasion.

Observation XXIX. — E... (Eugène), trente-quatre ans. Entré le 7 juin 1896.

Détenu à la prison d'Evreux sous l'inculpation de parricide, il a été transféré à l'asile d'Evreux comme irresponsable, à la suite d'un rapport du docteur Brunet, dont voici les conclusions :

« Il est atteint de folie partielle, caractérisée par des idées de persécution, et c'est sous l'influence de ces idées délirantes qu'il a commis les actes pour lesquels il est poursuivi. »

A son entrée, il dit que, depuis douze ou quinze ans, on l'empoisonnait. Ce n'est que depuis un an qu'il sait que ce sont ses parents qui mettaient dans sa boisson des poisons.

Il a tué sa mère en lui fracassant le crâne d'un coup de croc et a voulu tuer son père de la même manière. Ceux-ci l'excitaient par leurs gestes.

Depuis quelques mois il ne présente plus de délire apparent; il est très calme, maintenu néanmoins au quartier des agités par crainte de réactions violentes qu'il pourrait présenter.

Observation XXX. — C... (Louis-Vital), quarante et un ans. Entré le 29 juin 1895.

Il était prévenu de bris de clôtures et de menaces de mort. Il avait cassé six carreaux à la maison de son oncle et tiré un coup de fusil.

Il fut reconnu irresponsable de ses actes par le docteur Lainé, médecin expert.

Il présente des idées de persécution systématisées contre sa femme, son oncle, son cousin. Ces derniers l'ont empoisonné, lui ont paralysé les jambes, rapetissé la verge, etc.

Il n'a renoncé à aucune de ses idées délirantes. Il est très violent vis-à-vis des gardiens et des autres malades.

Il cherche à s'évader.

Maintenu à la division des agités.

Observation XXXI. — P... (Louis), cinquante ans. Entré le 3 septembre 1896.

Condamné à trois ans de prison pour viol de sa propre fille. Interné à l'asile de Tournai, à l'expiration de sa peine il fut transféré à Armentières, puis à Evreux.

Il présente des idées de persécution systématisées et des hallucinations de l'ouïe; il se croit en butte à la malveillance de tout le monde; il entend les gardiens comploter sa perte, ils veulent l'étrangler, l'empoisonner, etc.

Il entend sa fille se plaindre et la croit à l'asile. Il n'a aucune conscience de son état maladif.

Son caractère est très difficile et violent; il cherche toujours dispute aux infirmiers et aux autres malades, fait des menaces aux médecins et doit être maintenu dans la section des agités.

Observation XXXII. — L... (Eugène), trente-deux ans. Entré le 15 novembre 1894.

Il est inculpé d'avoir tué son beau-père et a été reconnu irresponsable par le médecin-expert.

Atteint d'un délire de persécution, avec idées d'hypocondrie et de grandeur ; il croit qu'on l'a interné pour s'emparer de son bien, qu'on veut l'empoisonner, lui faire boire de l'urine, etc.

On lui vide le corps, on lui retire dans la cour les aliments qu'on donne au réfectoire.

Il est excessivement violent, se jette sur les infirmiers, fait des menaces, cherche à s'évader, et a dû être maintenu jusqu'ici dans le quartier des agités.

Observation XXXIII. — R... (Yves-Marie), trente-huit ans. Entré le 30 juin 1897.

Domestique de ferme. Il a commis une tentative d'assassinat sur la femme, le fils et la bonne du fermier chez lequel il travaillait.

Il a tenté après de se suicider avec un rasoir.

Soumis à l'examen d'un expert, il fut reconnu irresponsable et reconnu délirant, mélancolique, avec idées de persécution et interprétations délirantes nombreuses.

A cause de ses impulsions et de ses réactions dangereuses, il est maintenu dans le quartier des agités.

Observation XXXIV. — R... (Oscar-Paul), quarante-ans. Entré le 18 novembre 1893.

Inculpé d'avoir mis le feu à une meule de paille.

A son entrée à l'asile, il prétend qu'il a mis le feu pour mériter une condamnation.

Depuis deux mois environ il entendait dire à tout le monde qu'il allait être condamné à la prison pour le restant de ses jours.

Il commit toutes sortes d'actes extravagants qui auraient pu faire croire à la simulation, marchant à reculons, affectant des boiteries bizarres, parlant seul quand on le regardait, se mettant sous son matelas quand le veilleur le regardait dans sa cellule, etc.

Depuis, il est tombé dans un état de démence au moins apparente, ne répondant que des injures et des grossièretés aux questions qu'on lui pose.

Il est violent quand on le contrarie, et un jour, saisissant le rasoir d'un gardien, il s'est précipité sur lui et n'a réussi qu'à se blesser légèrement lui-même.

A cause de ses impulsions violentes, il est maintenu au quartier des agités.

Observation XXXV. — Saint-P... (Maria), âgée de quarante et un ans. Entrée le 19 décembre 1890.

Inculpée d'incendie volontaire et reconnue irresponsable par les médecins experts pour cause de débilité mentale avec épilepsie.

A la prison, elle avait eu une attaque apoplectique. Entrée à l'asile le 19 décembre 1890, elle eut, le 20 décembre, une nouvelle attaque caractérisée par la perte de connaissance avec pâleur de la face et sueurs abondantes, pas de convulsions.

Depuis ce moment, elle n'eut ni attaque, ni vertige, ni aucun accident épileptique. Sans être très intelligente, elle était laborieuse et remplissait complètement le rôle d'une infirmière.

Cette femme, qui avait eu deux enfants en dehors du mariage, devait peut-être ses attaques à des excès qu'elle commettait étant en liberté. Toujours est-il que devant cette malade ne présentant plus d'accidents morbides, la tâche du médecin était difficile.

Elle fut maintenue à l'asile jusqu'en août 1897.

Observation XXXVI. — G .. (Henri), âgé de quarante-deux ans. Entré le 8 mars 1893.

Arrêté pour complicité de vol dans une église à l'âge de dix-sept ans, il fut transféré de la prison à l'asile d'Evreux à la suite d'un rapport médico-légal.

C'est un dégénéré à stigmates physiques nombreux ; son intelligence est peu développée, mais il est malicieux; son caractère est

enfantin, taquin. Il est vicieux, il s'est laissé entraîner à des habitudes pédérastiques passives.

Quelque temps après son entrée, le docteur Broc disait de lui : « Il a besoin qu'on le mène rudement. » La douche même lui fait peu de frayeur, il la supporte avec bravade et insolence. Si le fouet faisait partie de l'arsenal disciplinaire des asiles, G... serait ici son premier client.

Dès qu'on a voulu l'occuper en dehors du quartier de surveillance, il s'est évadé, et bien qu'il soit suffisamment intelligent et assez robuste pour travailler, on le garde inactif dans le quartier des agités de peur d'évasion.

M. E. Lafforgue. — *Sur la réapparition des phénomènes psychologiques dans la guérison du coma éclamptique.*

L'intoxication éclamptique porte de préférence atteinte aux fonctions du système nerveux, qu'elle trouble toujours d'une façon très notable. Il nous a paru intéressant de suivre, dans deux cas terminés par la guérison, la réapparition graduelle et successive des phénomènes psychologiques qui se sont rétablis d'une façon complète et ont repris leurs caractères normaux.

Observation I. — Une femme de vingt-neuf ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, tant au point de vue nerveux qu'au point de vue des maladies infectieuses, arrive au dernier mois de sa grossesse sans accidents autres que quelques crises de convulsions légères et passagères dans la dernière quinzaine du neuvième mois. Il s'est montré, à la même époque, un gonflement périmalléolaire léger et fugace. Au cours de la deuxième quinzaine, accès d'éclampsie grave qui deviennent bientôt subintrants et font place au coma qui s'établit d'une façon définitive. Le chloroforme est administré, et l'accouchement provoqué s'effectue sans accidents et sans que l'état comateux se modifie sous l'influence de l'anesthésie.

Lors de la chloroformisation, la malade se trouvait dans l'état suivant : résolution musculaire complète, membres mous et flasques; pas de contractions réflexes, même sous l'influence d'excitations très vives. La sensibilité est complètement abolie. Face pâle, sans œdème; paupières baissées. Les globes oculaires ont une direction normale. Pupilles égales, légèrement dilatées. L'expression générale de la physionomie est celle de la stupeur. Respiration lente, superficielle, accompagnée d'un ronflement assez fort. Le pouls est perceptible, mais petit et irrégulier. 300 grammes d'urine sont retirées à l'aide de la sonde. Quelques contractions des extrémités et de la face (muscles des paupières et des lèvres) se produisent au début du coma, puis disparaissent.

Les contractions utérines ont fait défaut, et l'accouchement a dû être effectué par des manœuvres manuelles.

Cet état persiste après l'accouchement et après la cessation de l'administration du chloroforme : on note cependant un changement du rythme de la respiration qui devient plus profonde. L'accouchement a été terminé vers six heures du soir, et durant toute la nuit aucune manifestation de l'activité cérébrale n'est observée. Les excitations les plus énergiques, portées au niveau de la peau ou des organes sensoriels, ne provoquent aucune réaction ; pas de contraction réflexe.

Aucun phénomène d'incontinence n'est observé ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum. Le matin, il est retiré environ 250 grammes d'urine par la sonde ; mais tandis que la veille, pour provoquer l'issue du liquide, on avait été obligé, à la fin de la miction surtout, d'exercer une forte pression sur la paroi abdominale pour agir sur la vessie dont les muscles demeuraient inertes, on sent cette fois, la sonde à peine introduite dans la vessie, le globe vésical se contracter, en même temps que l'urine s'échappe, projetée par les contractions des muscles du réservoir urinaire.

Ce phénomène est la première manifestation de la sensibilité qui se soit produite depuis l'établissement du coma. L'exploration attentive et prolongée des organes des sens et des différentes régions du territoire cutané, pratiquée aussitôt, reste absolument négative.

Successivement, dans le cours de la journée, on voit reparaître la sensibilité réflexe du côté de la peau (réactions surtout manifestes quand il s'agit d'excitations douloureuses). Ces réactions consistent en des contractions réflexes des groupes musculaires en rapport avec le territoire nerveux sur lequel a porté l'excitation. Elles sont observées également sur toute la surface tégumentaire. Les organes des sens, d'abord insensibles, récupèrent rapidement leur sensibilité, odorat et goût d'abord (éternuement et mouvements d'expuition) ; puis la vue (les pupilles jusque-là insensibles à la lumière se contractent maintenant sous son influence). Il est impossible de reconnaître si des phénomènes de même ordre se passent du côté de l'oreille. Aucune réaction n'est produite par les bruits extérieurs.

Les phénomènes psychiques sont toujours complètement suspendus. La malade n'a pas repris connaissance (le coma durait depuis quarante-huit heures). Elle a uriné dans son lit. Cependant le globe vésical, exploré quelque temps après, est dur et tendu ; d'autre part, l'introduction de la sonde permet de sentir la résistance normale du sphincter, ce qui témoigne de la contractilité de ce muscle. Il semble donc probable que la miction s'est effectuée sous l'influence de la sensation du besoin ; celle-ci a déterminé une contraction réflexe que l'absence du contrôle cérébral, pouvant en produire l'arrêt, a rendu immédiatement efficace.

Ces divers phénomènes ont persisté, et bientôt se sont produits des mouvements volontaires, incoordonnés d'abord, puis adaptables à des actes définis.

Sans entrer dans le détail des faits, nous énumérerons seulement les phénomènes de conscience dans l'ordre de leur apparition, ainsi que les circonstances dans lesquelles elle s'est effectuée.

La conscience de la personnalité a paru d'abord confuse dans les premiers moments et purement sensitive. La malade ne se rendait nul compte de l'état dans lequel elle se trouvait. Elle restait étonnée, ignorant qui elle était, ne pouvant donner son nom, sa profession ; elle ne reconnaissait personne, pas même les membres de sa famille. Elle regardait avec anxiété objets et gens, mais ses yeux erraient à l'aventure sans s'arrêter longtemps. Après chaque effort de ce genre elle s'endormait profondément.

Elle a recouvré progressivement les notions relatives à elle-même ; presque en même temps les souvenirs relatifs à sa famille se faisaient jour. Dès lors, les souvenirs ont afflué, les plus lointains apparaissant les premiers, et quarante-huit heures après le retour de la sensibilité, elle s'est rappelée qu'elle était enceinte et a manifesté un grand étonnement de se sentir délivrée. Le souvenir du dernier mois de la grossesse fait complètement défaut. Il est des personnes qu'elle a rencontrées alors et qu'elle ne reconnaît plus. Les souvenirs sont d'autant plus précis qu'on remonte plus haut ; de ceux qui datent de deux ou trois mois quelques-uns font défaut, la plupart demeurent vagues.

Le rappel des souvenirs s'effectue indifféremment par l'évocation d'images visuelles, auditives ou motrices, et sans que l'un de ces modes paraisse exercer une influence quelconque sur la rapidité ou l'intensité du souvenir,

Au bout d'une quinzaine de jours, presque tous les souvenirs ont reparu. Conscience et sensibilité normales. Seule, l'attention demeure faible; les efforts que la malade fait pour rappeler certains souvenirs ou pour s'attacher à un travail soutenu déterminent, au niveau du front et des tempes, une sensation douloureuse. La mémoire de la dernière quinzaine de la grossesse est absolument nulle.

Observation II. — Une jeune femme de vingt et un ans, primipare, présente, au sixième mois de sa grossesse, un œdème prononcé des malléoles, de la bouffissure de la face, et tous les signes de l'albuminurie gravidique. Elle est mise au régime lacté exclusif. Quoiqu'elle fût soumise à ce régime depuis trois jours, son état s'aggrave, et les crises éclamptiques, précédées de leurs signes prodromiques, apparaissent (cinq crises en quatre heures). Elles sont suivies d'un sommeil profond après lequel la malade reprend connaissance. Nouvel accès vingt-six heures après la cessation du premier, sous forme de crises subintrantes auxquelles succède le coma. Perte complète de l'intelligence et de la sensibilité ; résolution générale des membres qui sont inertes, sans aucune réaction motrice. Visage œdématié, pâle, immobile. Paupières closes, pupilles inégales et dilatées. Respiration fréquente, stertoreuse. Battements du cœur faibles, mais per-

ceptibles ; irrégularité marquée de ces battements. Pouls filiforme, irrégulier, à peine sensible, et quelquefois nullement perceptible.

Le chloroforme est administré, et en raison de la gravité de l'état de la malade, on décide de provoquer l'accouchement prématuré. La chloroformisation est continuée tout le temps que durent les préparatifs et la dilatation du col utérin (environ deux heures). L'état d'inconscience et de résolution musculaire persiste. Les fonctions respiratoire et circulatoire s'améliorent très légèrement.

Des crises convulsives se reproduisent pendant la nuit. Les contractions utérines commencent à se faire sentir deux heures après la manœuvre de dilatation du col utérin. Cette dilatation continue à progresser spontanément, et à quatre heures du matin, la malade, toujours insensible aux excitations sensorielles et cutanées qui toutes demeurent sans effet, se dresse sur son séant et quitte son lit ; elle fait quelques pas au milieu de la chambre, puis reste immobile et debout. L'expulsion spontanée du fœtus et du placenta s'effectue, et la malade regagne son lit.

Nous avons aussitôt exploré de nouveau la sensibilité générale et spéciale : les excitations diverses restent encore sans résultat ; une irrigation vaginale (non utérine) ne provoque, non plus, aucune réaction, non plus que l'application d'un pansement périgénital.

La malade reste plongée dans une profonde hébétude ; les crises qui s'étaient produites assez fréquemment durant la nuit s'espacent et s'atténuent (deux dans la matinée). Le stertor a disparu. Le pouls se relève. Dans la matinée, la malade, qui n'a donné aucun signe de conscience, se lève de son lit et urine debout sur le parquet.

Une nouvelle exploration de la sensibilité est faite une heure après et permet de constater le retour de la sensibilité réflexe cutanée. Les réflexes sont limités aux zones excitées. Les pupilles réagissent à la lumière. La sensation provoquée par une goutte de liquide sur la langue produit un mouvement de déglutition.

L'hébétude persiste l'après-midi. Quelques convulsions légères. Etat de la sensibilité toujours le même. Toutefois, ayant constaté que les mouvements de déglutition s'effectuent, nous faisons prendre à la malade une cuillerée de lait. La sensation qui en résulte provoque un mouvement du bras droit ; la main droite se dirige, à demi fermée, vers la bouche, faisant le geste d'y porter un verre ; l'inconscience semble cependant à peu près complète. On essaie en vain d'attirer l'attention de la malade par des interpellations. L'hébétude persiste ; d'autre part, si l'on place un verre dans la main, la sensation produite, au lieu de déterminer un mouvement analogue à celui provoqué par la sensation gustative, donne seulement naissance à une contraction réflexe des muscles du membre supérieur, qui a pour résultat d'éloigner l'objet. Toutes les excitations donnent d'ailleurs lieu à des mouvements de défense. On a essayé de provoquer le mouvement du bras par la sensation gustative, plusieurs fois sans résultat ; deux fois, pourtant, le même mouvement s'est effectué.

Après une nuit de sommeil profond, la malade se réveille avec un certain degré de conscience (trente-six heures après le début du coma). Elle n'a pas une notion exacte de sa situation et ne se croit pas mariée. Elle reconnaît d'abord ses parents et croit être dans sa famille. Elle regarde avec étonnement les objets qui l'entourent et les personnes étrangères; elle conclut qu'elle vient d'être malade. Plus tard, elle reconnaît son mari et se souvient qu'elle était enceinte. Puis elle se rappelle où elle est, la maison où elle habite; seules, la disposition, l'orientation de la rue lui échappent.

Ces efforts de reconstitution mentale déterminent très vite de la fatigue et la malade s'endort, après chaque essai, profondément. La mémoire des faits, le souvenir des personnes se sont rétablis très lentement. Le rappel s'effectue toujours du passé vers le présent, en tenant compte de l'importance des faits et de la fréquence des relations quand il s'agit de personnes. Cependant, il est des faits auxquels la malade attachait beaucoup d'importance, antérieurs à l'état éclamptique, et qu'elle ne peut se rappeler; il en est de même pour les lieux et les personnes. Toutefois, parmi les souvenirs absents, la plupart sont placés au cours du mois qui a précédé l'établissement des crises. Beaucoup de ces faits et la totalité de ceux qui se sont passés dans la quinzaine qui a précédé le coma n'ont jamais reparu dans sa mémoire.

Les souvenirs visuels ont reparu bien plus difficilement que les souvenirs auditifs et moteurs; la parole rappelait beaucoup plus rapidement et plus nettement que la vue d'un dessin, d'un objet ou d'une photographie se rapportant au fait dont on voulait provoquer le souvenir. Cette observation doit être rapprochée de cette autre : la première crise d'éclampsie a été précédée de troubles oculaires intenses et d'une amaurose complète de l'œil droit.

L'attention, faible au début de la convalescence, s'est accentuée à mesure que la mémoire s'améliorait, et l'extrême mobilité d'esprit que l'on notait les premières heures qui ont suivi le retour de la conscience avait disparu trois jours après. Au bout de quinze jours, la malade était revenue à l'état normal.

Nous retiendrons de ces deux observations les faits suivants :

I. — En premier lieu, la sensibilité splanchnique a persisté dans le deuxième cas et a été la première à reparaître dans le premier, longtemps avant que les manifestations de la sensibilité sensorielle se soient produites. Ses manifestations, qui ont consisté dans la contraction réflexe des muscles vésicaux, sous l'impulsion fournie par la sensation du contact de la sonde au passage du col vésical, ont dépassé cette forme de réflexe simple et localisé, pour revêtir l'aspect d'un acte complexe, mettant en jeu un certain nombre de groupes musculaires, lorsque

la deuxième malade s'est levée, sollicitée par la sensation des douleurs utérines ou par le besoin de la miction. Si dans les phénomènes du premier ordre on peut, à la rigueur, nier l'intervention du cerveau, on ne saurait le faire pour ces derniers. Il est certain que l'association assez complexe de ces faits n'a pu se produire par voie médullaire, l'activité de la moelle se bornant toujours à la production de réflexes simples, caractérisés par une réaction motrice immédiatement irradiée par les nerfs moteurs correspondant aux nerfs sensitifs impressionnés, et par eux seuls.

L'existence des contractions utérines, dans un cas, pendant le coma, permet de croire que la sensibilité de cet organe existait; dans la première observation, où le coma était plus complet, elles ont, en effet, fait défaut,

Ces faits viennent corroborer la distinction établie déjà entre la sensibilité sensorielle et la sensibilité splanchnique, et légitimer l'opinion qui admet l'indépendance entre le moi sensoriel et le moi splanchnique, puisque nous voyons le deuxième persister et se manifester alors que toute action du premier est suspendue. De plus, on peut en conclure que les centres cérébraux qui sont attachés à cette fonction de la sensibilité splanchnique offrent aux causes morbides, en particulier aux intoxications, une résistance plus grande que les centres psycho-sensoriels.

II. — Le retour des phénomènes cérébraux s'est effectué dans l'ordre naturel : ils ont réapparu à peu près dans l'ordre dans lequel ils semblent prendre naissance au début de la vie. De même que chez le nouveau-né les sensations viscérales tiennent longtemps le premier rang et sont longtemps les seules à provoquer des gestes et des cris, de même nous voyons que chez nos deux malades cette sensibilité a été ou d'une intensité supérieure ou d'un retour plus précoce.

La même concordance a été notée dans le domaine sensoriel. Comme chez l'enfant, les sensations olfactives et gustatives ont les premières manifesté leur existence. Le retour de la conscience a été signalé par la production de réflexes locaux dépendant de ces deux sens (expuition, déglutition, éternuement), ou bien par des actes complexes ayant encore cette origine, ce point de départ; je veux parler du geste de porter la main à la

bouche que la sensation due à une gorgée de lait a provoqué. On ne saurait objecter qu'au moment où se produisait ce dernier phénomène, la sensation de contact existait déjà, presque au même degré. La contre-expérience faite pour essayer de provoquer un geste analogue ayant pour point de départ une sensation tactile n'a produit qu'un réflexe de défense éloignant l'objet. Cette constatation induirait même à croire que, dans chaque sens, la catégorie des sensations les plus vivaces, les plus résistantes est celle qui est en rapport avec la conservation, la défense de l'organisme. Ce sont d'ailleurs ces sensations qui apparaissent les premières au début de la vie; ce sont celles qui sont le plus souvent mises à contribution. Par suite, leurs organes centraux percepteurs doivent avoir acquis un développement supérieur à celui des centres qui commandent aux autres fonctions. D'où peut-être l'explication de leur résistance plus grande aux actions perturbatrices.

III. — Phénomènes de sensibilité splanchnique, sensations sensorielles débutant par les sensations gustatives et olfactives, puis tactiles, tels sont les phénomènes primitifs qui ont précédé à une longue distance les phénomènes plus complexes de l'activité psychique. La mémoire n'est apparue qu'un assez long temps après. Dans ce retour des souvenirs, on peut faire la même remarque que précédemment.

Il existe certainement dans les cellules cérébrales le substratum anatomique des phénomènes psychiques. Des groupes de cellules ou des cellules isolées sont certainement liés à la production des faits psychologiques. Il est également très probable que les lois physiologiques qui président au développement des autres organes régissent aussi ces cellules. Or, le développement d'un organe est en relation directe avec son fonctionnement : un organe dont la fonction se trouve ralentie ou suspendue tend à s'atrophier. Sa nutrition devient moins active, sa résistance aux actions nocives diminue. Les cellules cérébrales, habituellement excitées, doivent donc être le siège d'une activité vitale supérieure à celle des cellules dont le fonctionnement est plus rare ou qui ont commencé à entrer en action plus récemment. La résistance aux causes perturbatrices doit donc être plus considérable chez les premières. Cette hypothèse permettrait d'expliquer pourquoi les souvenirs ont apparu dans un

ordre qui lui est conforme. D'abord, les faits intéressant directement la personnalité des malades (conscience du moi), puis les faits relatifs à la famille, et enfin les faits les plus importants les plus éloignés de la maladie actuelle. Les plus rapprochés ont apparu les derniers, sans doute parce qu'ils n'ont déterminé qu'une activité plus modérée de la cellule cérébrale, en tout cas une activité moins stable et moins durable.

Il reste toujours évident que la perte complète du souvenir des faits survenus pendant la période où l'organisme était soumis à l'intoxication éclamptique implique que les cellules cérébrales alors impressionnées étaient dans un état d'infériorité marquée, puisque toute impression a disparu définitivement et que leurs fonctions semblent avoir été abolies par elle.

A l'appui de cette opinion, nous relevons dans la deuxième observation cette constatation que le rappel des souvenirs visuels a été plus difficile, plus lent que celui des images auditives et motrices, et que, dans les essais faits pour provoquer le retour de la mémoire, le souvenir était plus aisément évoqué par des moyens se rapportant aux deux dernières catégories d'images que par des phénomènes d'ordre visuel. Or, la malade avait eu des troubles visuels très accentués, d'origine cérébrale, avant les crises éclamptiques.

IV. — L'attention volontaire a semblé liée, dans les faits observés, à l'intensité de la mémoire et à la richesse d'images dont pouvait disposer le moi du moment. Une extrême mobilité d'esprit a été notée au début. Les malades ne pouvaient fixer leur regard sur un objet. Dans leurs efforts pour comprendre ou pour se souvenir, leur physionomie dénotait souvent l'impatience et la lassitude. Dès qu'elles ont eu une connaissance plus nette et plus accentuée des phénomènes extérieurs, l'attention, quoique toujours plus faible que normalement, leur permettait de suivre les indications qu'on leur donnait et de prendre part aux conversations. Toutefois, dans les premiers moments, fréquemment la malade abandonnait une idée pour en suivre une autre, et on ne pouvait exiger d'elle une application d'esprit soutenue quelque peu. Souvent l'attention concentrée quelques minutes, quelques secondes sur un même fait ou objet déterminait de la lassitude et de la céphalalgie. Il semble que ce pouvoir d'attention, dont le développement a suivi le rétablisse-

ment de la mémoire, était en rapport avec la richesse d'images cérébrales d'ordre affectif ou représentatif.

L'association des faits de conscience s'est manifestée, chez la deuxième malade notamment, dès la manifestation de la sensibilité splanchnique. Il est certain que les actes que nous avons cités comme témoignage de l'existence de cette sensibilité (se lever au moment de l'expulsion du fœtus) ou de la sensibilité sensorielle (geste de porter la main à la bouche) ont nécessité la mise en œuvre d'un groupe de phénomènes psychiques impliquant un rudiment d'association, une association réflexe peut-être, ou plutôt subconsciente. Cette association, cette coordination, appliquées d'abord aux phénomènes d'ordre sensitivo-moteur, ont toujours coïncidé dans la suite avec l'apparition des phénomènes d'ordre plus élevé. L'association des faits affectifs, puis représentatifs, s'est opérée aussitôt que ces phénomènes eux-mêmes se sont produits. L'association des faits de conscience s'est donc manifestée, non comme un phénomène à part, mais comme une conséquence logique de l'existence même des faits psychologiques.

M. Pailhas. — *Du nycthémère appliqué à l'étude des maladies mentales et nerveuses. — Dynamisme. — Séméiologie. — Diagnostic.*

> « L'évaluation des forces chez l'homme malade forme, sans contredit, un des points les plus importants de la médecine pratique.
>
> « Chomel. »

I.

Certaines considérations nous ont paru mériter d'être rapportées ici pour fixer l'attention sur quelques phénomènes ou corrélations de phénomènes de nature à contribuer à la séméiologie et au diagnostic des affections nerveuses et mentales.

C'est dans le nycthémère que nous avons cru saisir les éléments de nos appréciations.

On connaît déjà la répercussion habituelle de la révolution cyclique des vingt-quatre heures sur les états pathologiques accompagnés de fièvre, au sujet desquels Monneret[1] dit : « A

1. *Traité de pathologie générale*, p. 987.

l'inverse de ce qu'on pourrait supposer *a priori*, l'excitation dans les maladies a lieu le soir et les rémissions le matin; les douleurs, les névralgies, *les troubles de l'intelligence*, la sensibilité musculaire, les hémorragies nasales, acquièrent plus d'intensité et se montrent surtout *le soir et pendant la nuit*, pour diminuer *le matin et pendant le jour*. »

A l'état normal, la température est aussi influencée selon le même rythme matinal et vespéral, de façon à entraîner, conformément aux constatations de plusieurs observateurs, Davy, Montegazza, Jürgensen, Enrico de Renzi, Liebermeister[1], etc., un minimum le matin entre sept et neuf heures, et un maximum le soir entre trois et six heures, et cela, d'après Enrico de Renzi, sans que cette variation diurne puisse être expliquée autrement que par l'intensité des fonctions organiques.

Le pouls, suivant Robinson et Pelissier[2], aurait son minimum de fréquence (65 à 70 pulsations) vers huit heures du matin, et son maximum (74 à 84) de quatre à six heures du soir.

De même, Gran et Ostanokw[3], étudiant les changements de rapidité des phénomènes psychiques aux divers moments de la journée, sont arrivés à cette constatation « que les phénomènes psychiques sont plus lents le matin que le soir, abstraction faite de l'influence spéciale des repas. »

Il semble démontré de la sorte que les forces de l'économie vivante, c'est-à-dire ce qu'on a pu appeler dynamisme organique, forces vitales, principe vital, sthénie ou tonus nerveux, subissent à divers moments assez précis du jour des oscillations soumises à un rythme préétabli et normal, véritable règle dont les modalités et plus encore les exceptions intéressent et éclairent le pathologiste.

Si on peut admettre, en effet, que le redoublement de vitalité vespérale a pour destination de soutenir chez l'individu normal les forces absorbées par le travail des premières heures, de maintenir à un même taux sa capacité d'action quotidienne aux

1. Un tracé de température de Liebermeister montre nettement que le maximum diurne de la température physiologique est atteint vers les cinq heures de l'après-midi, aprés avoir augmenté progressivement depuis le matin.

2. Cités par Lévy. (*Traité de physiologie*, t. I, p. 431.)

3. *Annales médico-psychologiques*, 1896, juillet-août, p. 130.

différents moments de la journée, et par conséquent de contrebalancer les effets de la fatigue; si, en d'autres termes, l'homme doit trouver dans une distribution réglée de ses forces, de *sa sthénie*, de quoi proportionner ses aptitudes de travail aux besoins de dépenses de façon à éviter l'hyposthénie, il convient de se poser la question de savoir en quoi consistent les déviations de la normalité se traduisant par une distribution irrégulière d'énergies vitales — par excès ou par défaut — aux divers moments du jour, par quels signes elles sont surtout reconnaissables, et à quels états pathologiques différents ces déviations répondent.

1° *Déviations hypersthéniques.* — A un premier degré se rattache l'hypersthénie normale de l'enfance.

C'est cet excès de vitalité qui, chez l'enfant, rend les réactions pathologiques si promptes et si intenses.

Mais en dehors de ces dernières conditions si propres à révéler la sthénie infantile, il est d'autres témoignages de cette provision condensée d'énergie vitale particulière au premier âge. Qu'on suive, en effet, l'enfant dans les agglomérations de l'école, alors que se sont déjà développés ses centres nerveux et que s'ouvre activement son intelligence, et là, en un tel milieu d'observations, on se rend aisément compte combien la vitalité est débordante, accumulée comme sous pression, et dans une certaine mesure soumise dans son débit — variable selon les cas — au réglage tracé par la succession des phases du nycthémère.

L'enfant, calme le matin, devient remuant, excité dans l'après-midi. Le besoin d'agitation le dispose à la pétulance, à l'indiscipline, au dérèglement des actes, et les maîtres, surtout dans les pensionnats de jeunes filles, sont unanimes à reconnaître les difficultés qu'entraîne dans la surveillance, entre trois et six heures du soir, cette expansion intense de vie, excessive à cet âge, nécessaire quelques années plus tard à l'équilibration plus parfaite des fonctions organiques de l'adulte.

C'est à ces moments du jour un relatif état de crise dont l'exagération franchit rapidement les limites d'un état normal et n'a pas, à notre sens, de plus proche condition que l'état d'hystérie. De sorte, ajouterons-nous, que si on a pu dire en parlant de la constitution physique de l'enfance en général qu'elle devait d'être lymphatique à la prédominance du système

lymphatique à cette période de la vie, on peut encore avec autant de raison soutenir que tout enfant, avant d'individualiser son tempérament nerveux avec les progrès de l'âge, et conformément aux lois de l'hérédité et aux habitudes acquises, commence par être plus ou moins hystérique ou tout au moins est un bon candidat à l'hystérie [1].

1. L'hystérie chez les jeunes enfants — considérée comme très commune par M. Grancher — a été l'objet d'une étude de M. le Dr Chaumier, de Tours. A cette névrose, il va jusqu'à rattacher les colères vives à répétition, sans causes suffisantes, se manifestant par des cris; puis viennent par graduation d'intensité les manifestations consistant en des raideurs de membres, grands mouvements, etc. Ainsi caractérisée, l'hystérie infantile ne saurait être acceptée comme rare. De plus, on conçoit la bénignité du pronostic qu'en signale l'auteur, puisque la seule évolution de l'enfant devenant adulte, en permettant l'utilisation de cet excès d'énergie vitale, doit naturellement amener à la guérison ou tout au moins à l'amélioration. Il est vrai qu'au moment de l'adolescence, l'organisme trouve souvent dans la puberté des causes nouvelles de surexcitation et de perturbation des forces vitales, plus ou moins propres à mettre en relief les syndromes et les stigmates connus de la névrose hystérique dont l'hypersthénie reste, au milieu de ses manifestations les plus étranges et les plus variées, une condition essentielle. Briquet, préoccupé du nombre relativement considérable d'enfants compris dans l'évaluation statistique de l'hystérie (un cinquième), en arrive à rapporter les troubles observés à l'exubérance des fonctions vitales : « On peut établir, dit-il, comme un fait au-dessus de toute contestation, que chez ce premier cinquième des hystériques la maladie n'a aucune relation possible avec les organes génitaux. Mais ce rapport, qu'on ne trouve pas dans les organes génitaux, existe dans un autre système d'organes, dont tous les pathologistes ont reconnu l'extrême activité chez l'enfant. Je veux parler de l'appareil encéphalo-rachidien et de ses dépendances dont l'*activité vitale est excessive chez l'enfant.* Tout le monde sait que le développement de cet appareil est très rapide à cet âge, que les actions vitales s'y exercent avec une grande énergie, et que les maladies inflammatoires et les affections convulsives y sont très communes. De l'époque de la naissance jusqu'à celle de la puberté, l'encéphale quintuple de volume. Le développement de l'*état dynamique est bien plus actif encore.* Chez l'enfant tout fait sensation, tout excite les sentiments affectifs, rien n'est indifférent; et comme la raison ne vient pas contre-balancer cette disposition, on le voit tour à tour agité par la passion, se livrer à la joie la plus expansive, au chagrin le plus profond, à la colère la plus vive ou aux désirs les plus ardents. Son système nerveux incessamment surexcité offre les conditions les plus favorables pour être influencé et troublé par les causes extérieures. Cette disposition constitue nécessairement la plus forte des prédispositions aux affections nerveuses. On verra plus loin, quand il sera question des causes déterminantes de l'hys-

Dans le domaine franchement pathologique, l'état de fièvre paraît réaliser aussi les conditions de l'exaltation des forces nerveuses en ce qu'il est une réaction de l'énergie vitale destinée à fournir des résistances contre l'intensité des facteurs morbides et autant que possible adaptées à leur nature et à leur puissance. Quels que soient les désordres organiques, l'hypersthénie générale dominant les sthénies partielles de l'économie, représentées dans les fonctions de chacun des organes particuliers, se manifeste comme la condition nécessaire de la lutte contre l'intensité du mal, tout au moins jusqu'à ce que cette lutte menace de n'être plus possible, auquel cas l'hyposthénie survient, se traduisant par des modifications dans le rythme ordinaire des oscillations nycthémérales, modifications sur lesquelles nous aurons à revenir.

Ici, comme chez l'enfant, l'hypersthénie s'accroît avec le retour de la phase vespérale. Après avoir été plus ou moins calme dans la matinée, le malade retrouve alors l'éréthisme nerveux, l'agitation. De sorte que, de la superposition des effets similaires du processus fébrile et de la vespéralité, se déduit aisément l'identité de nature de la cause qui les engendre, à savoir l'hypersthénie.

Toutefois, mieux encore que les processus fébriles, l'hystérie à laquelle nous faisions tout à l'heure allusion à propos de l'émotivité, de la susceptibilité nerveuse de l'enfant, nous paraît révéler, au moyen de ses recrudescences vespérales, son caractère hypersthénique.

N'est-ce point, en effet, à ces mêmes heures de l'après-midi, adoptées par le fébricitant et l'enfant, que l'hystérique manifeste de préférence ses crises paroxystiques ? « L'attaque d'hystérie, dit M. Gilles de La Tourette[1], se montre à un moment avancé de la journée, plusieurs heures après le réveil, *surtout dans l'après-midi, de quatre à six heures du soir.* »

Dans ce fait, nous trouvons la signification du caractère hypersthénique de l'hystérie, et peut-être est-il permis d'ajouter, un des meilleurs signes de cette névrose : en déduction

térie, jusqu'à quel degré ces causes ont des rapports avec cette prédisposition. » (Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 74).

1. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. I, p. 14.

de quoi nous dirons volontiers qu'en l'absence de toute fièvre — encore faut-il penser à la fièvre hystérique — toute recrudescence morbide vespérale doit tout au moins éveiller la pensée d'une manifestation de l'hystérie.

De semblables assertions nous mènent loin, il est vrai, de la théorie physiologique de l'hystérie produite par M. Féré[1] en 1890, tirée d'une analogie entre la fatigue et la condition permanente des hystériques, et d'après laquelle « les agents provocateurs de l'hystérie peuvent être ramenés à un processus unique, la fatigue, la dépression des phénomènes vitaux. »

Mais à cela nous répondrons que la fatigue doit être distinctement envisagée comme cause ou comme effet : que si comme cause la fatigue détermine effectivement, chez les prédisposés à l'hystérie, des réactions morbides intenses, celles-ci, avant d'être l'expression d'une dépression vitale, sont essentiellement et primitivement hypersthéniques; car ici comme dans le processus fébrile, ce mouvement naturel de l'organisme en présence de l'agent pathogène est, sauf le cas de sidération, un mouvement initial de défense[2] mettant en suractivité les forces vitales de l'économie.

Quant à la considérer comme effet, la fatigue ne semble avoir d'autre analogue que la neurasthénie.

M. Sollier[3], adoptant la conception hyposthénique de l'hystérie, admet « que l'hystérie est due tout entière à un affaiblissement des centres sensitivo-sensoriels, parce qu'il suffit de réveiller l'activité de ces centres pour voir disparaître tous les accidents hystériques. »

S'il en était réellement ainsi, il deviendrait malaisé de saisir la signification (pourtant si nette en faveur de la nature hypersthénique de l'hystérie) du soulagement et du calme, et même du bien-être apportés à l'hystérique consécutivement à l'explosion hyposthénisante des accidents paroxystiques.

Plus près de la réalité nous semble M. Grasset quand il dit : « L'hystérie qui modifie si complètement et si étrangement les

1. Société de biologie.
2. Sauf le cas de sidération qui d'emblée anéantit les résistances vitales.
3. Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome en 1894.

forces agissantes, laisse à peu près intactes les forces radicales. *Il est extraordinaire de voir la force de résistance que présente un hystérique à la diète prolongée, à des troubles sécrétoires profonds*, etc. [1] »

Dans la pensée de Barthez, à qui M. Grasset emprunte ce point de doctrine, les forces radicales se rapportent justement à cette énergie de résistance si extraordinaire qui n'est autre chose que la force vitale proprement dite, distincte de la forme, de la variété, du degré, de la régularité ou de l'anomalie de ses manifestations qui sont les forces agissantes.

2° *Déviations hyposthéniques*. — Il est intéressant et non moins naturel de voir, après avoir constaté chez l'enfant un véritable emmagasinement de vitalité, qu'à l'autre extrémité de la vie l'épuisement progressif de cette provision d'énergie vitale, accumulée dans le jeune âge, plus ou moins entretenue chez l'adulte, engendre chez le vieillard l'hyposthénie. De sorte que si l'enfant passe en quelque sorte physiologiquement par une phase quasi hystérique, on peut encore mieux soutenir que le vieillard — à peu d'exceptions près [2] — finit par être physiologiquement un neurasthénique.

Cette assimilation, ou tout au moins ce rapprochement de la vieillesse et de la neurasthénie, s'impose non seulement comme une vue théorique, mais aussi comme une donnée de l'observation de la symptomatologie à la fois neurasthénique et sénile.

Que de fois, en effet, n'avons-nous pas vu le vieillard, exempt de tout autre accident pathologique que l'affaiblissement résultant des années, se plaindre à son réveil et dans les premières heures du jour, de lassitude générale, de malaises, de vertiges, de défaillances d'estomac, de tiraillements à l'épigastre, de vide dans la tête, etc., reprendre ensuite son équilibre économique dans l'après-midi, juste aux heures où l'enfance et l'hystérie perdent le leur ?

1. Grasset, *Dictionnaire Dechambre :* article FORCES, p. 484.

2. Le tableau de l'hystérie sénile, retracé par M. Maurice de Fleury (*Médecine moderne*, 1890), montre seulement que le caractère hystérique et certains stigmates peuvent persister à un âge avancé. Or, rien ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi, l'association de l'hystérie et de la neurasthénie pouvant se réaliser à cet âge comme à d'autres.

Ce qui semble bien démontrer que ce qui, pour ces derniers, devenait — sous l'influence vespérale — un surcroît de vitalité gênante, préjudiciable à la régularité et à l'harmonie des fonctions de l'organisme, était, au contraire, pour le vieillard un appoint pondérateur.

Or, ne sont-ce point chez le neurasthénique les mêmes phénomènes? « *Le matin,* dit Krishaber[1], c'est l'impression de céphalée, de tête vide, de vague de l'esprit, d'abattement; *le soir,* c'est la surexcitation, la lucidité succédant à l'obnubilation intellectuelle, l'exubérance de vie et de pensée avec sensation d'ivresse. Le plus souvent ces deux phénomènes alternent, le premier (sensation de vide) succédant à la nuit et se propageant vers le milieu de la journée, tandis que la sensation d'ivresse survient surtout le soir. »

Il convient d'ajouter ici que l'hyposthénie à laquelle se rattachent de la sorte la débilité sénile et la neurasthénie doit être soigneusement différenciée de l'asthénie transitoire que provoque au cours de la journée et principalement le soir l'abus du travail, surtout du travail musculaire. Cette différenciation repose sur la nature et la quantité de labeur accompli et aussi sur ce fait que l'hyposthénie ainsi réalisée, tout en résistant davantage à l'influence vespérale, n'a d'autre durée que celle nécessaire à une prompte restauration des forces.

A cette série de déviations hyposthéniques se joindra aussi l'hyposthénie des pyrexies graves, où la déchéance des forces vitales se trouve encore ici marquée par une perturbation dans les oscillations régulières du nycthémère, faisant que les exacerbations du matin et du soir tendent à s'égaler ou bien encore que par une inversion des influences nycthémérales les exacerbations sthéniques vespérales sont dominées par les recrudescences hyposthéniques du matin, car, selon la remarque de Hufeland, « dans les fièvres malignes ou ataxiques et particulièrement dans le typhus, il y a deux exacerbations par jour, mais celle du matin est plus violente que celle du soir[2]. »

1. Krishaber, *Dictionnaire Dechambre.*

2. Virey, *Dictionnaire des Sciences médicales :* article JOUR, p. 434.

II.

Après avoir ainsi dégagé l'intervention de l'influence diurne à la fois comme symptôme et comme moyen diagnostique des états hypersthéniques en général, de l'hystérie et de la neurasthénie en particulier, nous avons pensé à en faire l'application à l'étude des maladies mentales.

Là où l'excitation et la dépression sont à tout propos invoquées comme conditions caractéristiques des divers états que la pratique soumet à l'observation journalière, il n'est point superflu de tenir à sa disposition un moyen de contrôler la valeur sthénique de ces appellations, en d'autres termes de savoir en quoi elles se rattachent réellement à l'hypersthénie ou à l'hyposthénie.

Ce moyen de contrôle, le possède-t-on? Et si on le possède, est-il dans l'étiologie, est-il plutôt dans les formes symptomatiques de l'excitation et de la dépression? Certainement l'étiologie — quand elle n'est point ignorée comme il arrive si communément — n'est pas sans importance dans l'appréciation des caractères hypersthéniques et hyposthéniques de l'aliénation. Les causes débilitantes physiques et morales, par exemple, ne tardent pas, quand elles se prolongent, à entraîner l'hyposthénie. Mais l'étiologie n'étant ici qu'un mode indirect d'investigation, un procédé par induction ne saurait être un critérium suffisant de l'état des forces vitales chez l'aliéné. Il en est de même des formes symptomatiques de l'affection, car la forme symptomatique est loin de correspondre toujours aux conditions sthéniques de l'organisme atteint, et de même que l'hystérie pure s'accompagne parfois d'accidents dépressifs (léthargie), que la neurasthénie est habituellement liée à des signes d'excitation nerveuse, de même l'agitation maniaque est le plus souvent la traduction d'une hyposthénie psychique.

Aussi est-ce plutôt, croyons-nous, dans le mode d'évolution et de réaction des symptômes morbides durant le nycthémère, et particulièrement sous l'influence vespérale, que la différenciation des délires hypersthéniques et hyposthéniques est permise. Cela parait résulter de nos investigations sur ce point, car, recherchant, au cours de l'évolution nycthémérale des maladies mentales, quelles étaient les heures les plus propices à l'éclosion

des paroxysmes, nous avons été amené à cette constatation, ratifiée par l'observation du personnel de l'asile et des malades eux-mêmes, que les aliénés sont le plus exaltés, le plus excités dans la matinée, tandis que le calme tend à se rétablir, dans l'après-midi, aux quartiers d'agités.

Qu'est-ce à dire, si ce n'est que chez ces malheureux les forces nerveuses épuisées récupèrent, ainsi que dans la neurasthénie, une provision *sédative* d'incitation vitale aux heures marquées par le retour de la phase vespérale[1]; que partant les aliénés sont, en majeure partie sinon en totalité, des hyposthéniques, quelles que soient les manifestations extrêmes d'exaltation ou de dépression qu'ils revêtent.

Cependant, il existerait des folies hypersthéniques, et logiquement, après ce qui vient d'être dit de l'hystérie, il semble qu'il ne puisse en être autrement pour la folie purement hystérique, c'est-à-dire sans mélange de neurasthénie.

Bien que trop isolée[2], l'observation d'une malade de l'asile du Tarn témoignerait dans ce sens. Il s'agit d'une maniaque à crises intermittentes succédant alternativement à des périodes de chorée hystérique. Chez cette personne, âgée de vingt-cinq ans, et en traitement à l'asile depuis deux ans, les manifestations maniaques et choréiques ont présenté leurs plus forts paroxysmes dans l'après-midi, entre quatre et six heures.

Cette étude, ainsi poursuivie sur l'ensemble des vésaniques, pouvait l'être aussi avec quelque fruit à propos de certaines espèces psychopathiques caractérisées par une étiologie et un processus distincts, à savoir : *a*) chez certains alcooliques et syphilitiques, chez les paralytiques généraux où des altérations organiques peuvent parfois apporter un contingent particulier de réactions intermédiaires entre l'hypersthénie et l'hyposthénie; *b*) chez des aliénés dont les manifestations délirantes

1. C'est par un processus analogue et non par métastase que s'expliquent ces améliorations ou ces guérisons de la folie survenues durant les maladies fébriles, à la suite des commotions violentes, aux dernières approches de la mort, etc., toutes circonstances liées à un éréthisme plus ou moins durable des forces vitales.

2. « Nicole, dit Briquet, rapporte que les religieuses d'un couvent étaient tranquilles toute la journée, mais qu'à six heures du soir elles commençaient à miauler, ce qui durait toute la soirée. » Gilles de La Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. I, p. 14.

sont liées à des désordres viscéraux, cardiaques, gastro-intestinaux, etc., susceptibles de provoquer un cortège de symptômes sthéniques à exacerbations vespérales, parmi lesquels peut figurer le délire ; *c*) chez l'épileptique, dont les paroxysmes fréquemment nocturnes semblent invoquer, indépendamment d'un éréthisme purement nerveux, cet autre éréthisme circulatoire qui, chez les congestifs, les arthritiques, les auto-intoxiqués, prépare dans la nuit, entre une heure et trois heures du matin, les perturbations fluxionnaires critiques de la goutte, de l'asthme, etc.

Nous nous bornerons à cette heure à ces premières constatations touchant la corrélation existant entre les phénomènes vitaux de l'organisme humain et les phases du nycthémère, et nous conclurons :

1° Que la matinée entraîne un abaissement de la vitalité, propre à déceler les états hyposthéniques : telle, par exemple, la neurasthénie et les troubles qui sont sous sa dépendance ;

2° Que la soirée — entre trois et six heures — accuse un surcroît de cette vitalité, de nature à accentuer les états hypersthéniques auxquels paraît se rattacher essentiellement l'hystérie, et à amender, au contraire, les troubles matinaux de la neurasthénie ou de l'hyposthénie sénile ;

3° Que considérés dès lors au critérium de leurs réactions respectives vis-à-vis du nycthémère, il semble que les états nerveux vésaniques ou autres puissent se différencier dans leur nature hypersthénique, hyposthénique et même congestive, selon que les accidents surviennent de préférence ou se montrent plus accusés, le soir entre trois et six heures, le matin entre six et dix heures, ou aux heures matinales de la nuit si propices aux crises fluxionnaires [1] ;

1. Comme exemple d'application des données fournies par le nycthémère, nous croyons pouvoir signaler l'enteroptose de Glénard, à laquelle cet auteur rapporte comme symptômes : 1° le réveil à deux heures du matin avec ou sans malaise; 2° l'apparition ou l'exacerbation des malaises à trois heures du soir. Au lieu de rattacher l'enteroptose à la neurasthénie, conformément aux idées de Glénard, une semblable symptomatologie vespérale et nocturne, en révélant sa nature hypersthénique nerveuse et congestive, contribue plutôt, selon nous, à établir une nette démarcation entre ces deux états morbides. Charcot a, du reste, fait observer que la neurasthénie ne correspondait pas au syndrome de l'enteroptose. (Mathieu.)

4° Qu'ainsi appliquée à l'observation des maladies mentales, l'intervention nycthémérale permet de constater l'extrême prédominance des psychasthénies [1];

5° Que les données précédentes se montrent absolument opposées à la théorie physiologique de l'hystérie fournie par M. Féré en 1890, et de laquelle il découlerait que cette névrose, loin d'être un état hypersthénique, serait au contraire l'expression d'un affaissement des phénomènes vitaux.

M. Charpentier. — Je ne veux pas contester les influences dont notre collègue vient de nous entretenir; elles sont incontestables mais difficiles à élucider, d'autant plus que des facteurs assez importants doivent y apporter leur part, tels : les troubles du sommeil qui jouent un grand rôle dans les troubles nerveux qui se produisent dans la première partie de la journée; tels les troubles digestifs et la fatigue de la journée, qui traduisent leur influence le soir ou la nuit; telle aussi l'appréhension nocturne chez ceux dont le sommeil est troublé, appréhension qui détermine une apparition de symptômes au fur et à mesure que la nuit approche.

M. Régis : « Les obsédés, comme les neurasthéniques, sont sujets à des exacerbations, à certains moments déterminés de la journée; nous avons noté ce fait, M. Pitres et moi, dans notre Rapport au Congrès de Moscou sur les Obsessions.

D'habitude, c'est le matin au réveil qu'ils sont le plus tourmentés, c'est-à-dire au moment de la reprise de l'obsession, après l'accalmie du sommeil.

Il en est cependant qui sont anxieux surtout à la tombée de la nuit. Et ce qui prouve bien qu'il s'agit là d'un phénomène en grande partie psychique, c'est que, chez certains, l'apport d'une lumière suffit à calmer la crise.

1. Cela est conforme à l'opinion d'Esquirol qui, dans son *Traité des maladies mentales*, écrivait : « Chez les aliénés, l'exaltation des forces vitales n'est pas aussi générale qu'on le croit communément; *les exemples en sont rares, quoique répétés partout.* » T. I, p. 17.

II. — Maladies nerveuses.

M. André. — *Cas d'épilepsie jacksonienne avec troubles trophiques graves.*

Le cas que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation des membres du Congrès concerne un homme de cinquante-trois ans, atteint de migraine ophtalmique accompagnée d'épilepsie jacksonienne et de troubles trophiques graves portant sur toute l'étendue du membre supérieur droit. Ce cas est, je crois, de nature à suggérer des appréciations d'une certaine portée au point de vue physiologique.

Voici d'abord l'observation :

M. F..., âgé de cinquante-trois ans, chef du bureau central des télégraphes à X..., est très migraineux depuis de longues années, mais n'a pas eu de maladies sérieuses, sauf un phlegmon de la jambe gauche en revenant de Tunis à la fin de l'année 1882. Il est surtout trés explicite au point de vue de la syphilis, qu'il nie énergiquement.

Les antécédents héréditaires sont négatifs : sa mére, âgée de quatre-vingt-trois ans, vit encore, exempte de toute névrose, et son pére, doué d'une forte constitution, est mort à cinquante-trois ans d'une pyohémie (?).

Les urines n'ont jamais rien présenté d'anormal; il n'existe ni goutte, ni gravelle, ni saturnisme. Le cœur est sain; les artéres radiales sont peut-être un peu athéromateuses. Pas d'alcoolisme, pas de traumatisme cranien; pas de phénomènes de paralysie progressive générale. Nous discuterons tout à l'heure la question de l'hystérie.

La maladie actuelle a débuté au mois de mars 1888, à l'occasion d'études de l'appareil Baudot et de travaux électriques. Il semblait au malade — j'emploie ses propres expressions — que les doigts, quoique immobiles et ne subissant aucune contraction, se dirigeaient de tous côtés, partant, pour ainsi dire, dans toutes les directions. Ces sensations, auxquelles M. F... n'attacha d'abord aucune importance, durèrent un an environ et se transformèrent ensuite en véritables contractions cloniques des muscles de la main. Jusqu'en 1895, il continua à supporter ces convulsions qui allaient en augmentant d'intensité, c'est-à-dire qu'après les doigts, ces sortes de crispations gagnérent successivement le poignet, l'avant-bras et le bras. Il faut ajouter que, depuis de longues années, le malade avait une céphalée à peu près constante.

Au commencement de l'année 1895, les mouvements épileptoïdes

se compliquèrent de contractions musculaires à la tempe droite, à la joue et aux paupières, avec sensation de chaleur à la tempe; affaiblissement de la vue et bourdonnements d'oreille. Les crises duraient une minute environ. Au début, l'accès se reproduisait sept à huit fois par jour. Pendant sa durée il n'existait ni vomissements ni troubles intellectuels. C'est à cette époque que le malade vint me consulter.

Le 2 mai 1896, une attaque plus violente entraîna une chute avec perte de connaissance. Elle avait débuté par des fourmillements aux doigts suivis de convulsions du membre supérieur droit, avec sensations visuelles, telles que feu d'artifice, scotome scintillant en forme de créneaux. La perte de connaissance dura un quart d'heure environ.

Le 8 août 1896 et le 2 décembre, apparition de crises identiques. Dans l'intervalle des attaques se produisaient, tous les trois ou quatre jours, des fourmillements et des contractions remontant vers le milieu du bras. C'est à cette époque, c'est-à-dire vers la fin de l'année 1896, que le malade fit usage des dragées Gélineau, composées de bromure de potassium et d'arsenic. A partir de ce moment, plus de grandes attaques, mais quelques crispations avec flexion des doigts et contracture pendant une demi-minute sans retentissement cérébral, mais seulement avec sensation de chaleur à la tempe droite.

Il va sans dire que les médications avaient été nombreuses et variées. L'iodure de potassium, fréquemment administré et à doses massives, n'a jamais produit qu'un résultat, celui d'aggraver la situation. Le malade a refusé obstinément les préparations mercurielles. Les préparations de valériane, l'arsenic, etc., n'ont jamais provoqué d'amélioration. Les vésicatoires annulaires autour du poignet ont donné des résultats très appréciables. La compression du poignet au moyen d'un appareil ingénieux inventé par le malade a fait plus d'une fois avorter la crise. Seuls les bromures ont été efficaces, et M. F... attribue sa guérison relative à l'usage prolongé des dragées de Gélineau.

Je dis guérison relative, car à la fin de 1896 ont apparu des troubles trophiques qui constituent la partie la plus intéressante et la plus importante de mon observation.

Déjà, à partir du mois de novembre 1896, le malade avait éprouvé une certaine impotence du membre supérieur droit; puis subitement, en février 1897, l'épaule et les phalanges devinrent le siége de douleurs très vives avec gonflement. Lorsque je le vis à cette époque, la main était rouge et épaissie, sans œdème proprement dit, et les phalanges présentaient une tuméfaction marquée simulant absolument celle du rhumatisme chronique. Un peu plus tard, les doigts s'amincirent et l'atrophie du derme donna lieu à l'apparence de la sclérodactylie. En même temps l'épaule droite, avec un volume en apparence normal, était le siége de douleurs très vives et de craquements articulaires.

Cela ressemblait si bien à du rhumatisme noueux, que j'instituai une médication par les douches de vapeur térébenthinées et la teinture d'iode à l'intérieur, médication qui ne fit d'ailleurs qu'aggraver la situation. Ce pseudo-rhumatisme eut une durée éphémère et fut remplacé par une atrophie en masse de tout le membre supérieur avec prédominance aux interosseux et aux fléchisseurs.

Voici d'ailleurs, concernant les réactions électriques, la note qu'a bien voulu me remettre le docteur Destarac, ancien chef de clinique de la Faculté.

On constate pour l'avant-bras 1 centimètre de moins à droite qu'à gauche et 2 centimètres pour le bras.

Au point de vue de l'excitabilité électrique, on constate une simple diminution pour le courant faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence. La diminution de l'excitabilité est plus marquée pour les interosseux et les fléchisseurs.

Courant faradique et écartement des bobines en centimétres :

	A gauche.	*A droite.*
Interosseux.......	6 centimètres.	8 centimétres.
Thénar...........	6 —	7c 1/2.
Hypothénar.......	6 —	7c 1/2.
Extenseurs........	7 —	7c 1/2.
Fléchisseurs.......	6 —	8 centimétres.
Nerf radial........	7 —	7c 1/2.
Nerf médian.......	7 —	7c 1/2.
Biceps............	6c 1/2	7c 1/2.
Triceps...........	6c 1/2	7 centimétres.
Deltoïde..........	6 centimètres.	7 —

Pour le courant galvanique, à droite (côté malade), la contraction minima s'obtient au pôle négatif avec 6 milliampères et 7 milliampères au positif. A gauche, avec 4 milliampères au négatif et 7 au positif.

La force développée par les fléchisseurs droits est bien inférieure à celle du côté gauche, et, de plus, la main ne peut se fermer qu'à moitié. Au repos, les dernières phalanges restent légèrement fléchies (esquisse de main en griffe). La flexion de l'avant-bras sur le bras est aussi très affaiblie. Le bras ne peut être élevé jusqu'à la position verticale.

La sensibilité est trés légérement diminuée à droite pour toute la moitié du corps. Les réflexes rotuliens sont légérement exagérés.

Tels sont les faits. Quelle interprétation faut-il en donner? Nous entrons là sur un terrain singulièrement délicat.

La première idée qui s'est présentée à mon esprit est celle d'une manifestation de l'hystérie. Comme on le sait, c'est Charcot qui, le premier, a fourni les preuves cliniques de l'exis-

tence des atrophies musculaires d'origine hystérique. Elles ont été consignées par M. Babinski dans les *Archives de neurologie*, en 1886.

Or, le malade est-il en puissance d'hystérie? Je ne le crois pas. Il existe bien une certaine hypoesthésie pharyngienne, mais elle est très explicable par l'usage prolongé du bromure qui, j'insiste sur ce fait, a très notablement amélioré les crises convulsives. A propos de la vision, voici la note qu'a bien voulu m'adresser mon très distingué confrère, le docteur Gendre :

« M. F... a un léger astigmatisme hypermétropique et, avec correction à l'aide de verres cylindriques convexes, son acuité visuelle peut être ramenée facilement à l'état normal. Le champ visuel paraît très régulier et il n'existe pas de retrécissement concentrique. »

Si, comme je le crois formellement, l'hystérie ne peut pas être mise en cause, il faut admettre l'existence d'une lésion corticale, tubercule, gliome, plaque de ramollissement ou toute autre altération très superficielle.

Cela admis, comment expliquer les troubles trophiques graves présentés par notre malade? Deux hypothèses peuvent être discutées. On peut admettre, en premier lieu, une altération des cellules des cornes antérieures, dans la région de la moelle correspondant aux muscles atrophiés. Cette explication me paraît très difficilement admissible, même en invoquant une lésion purement dynamique, lésion qui, d'ailleurs, n'aurait eu aucun retentissement appréciable sur la nutrition des troncs nerveux. On ne saurait admettre, je crois, dans mon cas, une dégénérescence secondaire que rien ne prouve.

A propos d'une observation de M. Babinski où une lésion cérébrale accompagnée de dégénérescence descendante, mais sans lésion apparente des cellules des cornes antérieures, avait entraîné une atrophie musculaire prononcée, M. Raymond se demande si les zones motrices de l'écorce cérébrale ne jouiraient pas de propriétés trophiques.

Pour ce qui concerne cette seconde explication, l'influence trophique des centres moteurs de l'écorce, elle n'est pas admise encore par les physiologistes, si je ne me trompe, mais elle a toutes mes préférences. On sait que Quincke, se basant sur une observation personnelle et sur des observations de Burressi,

de Gliky et de Wegner, citées par M. le professeur Raymond dans ses leçons sur les atrophies musculaires, Quincke, dis-je, admet que, dans l'écorce grise du cerveau, il existe à la fois des centres moteurs et des centres trophiques distincts les uns des autres.

M. le professeur agrégé Brissaud a tout récemment, dans une très claire et très remarquable leçon, mis en relief l'existence de centres de la sensibilité corticale ayant les mêmes localisations que les centres de la motilité. Ne peut-on pas se demander de même si, dans l'une des cinq couches de Meynert, n'existent pas, en outre, des centres affectés à la trophicité?

C'est là une question que je me crois autorisé à poser, et que d'autres observations, moins contestables que la mienne, résoudront peut-être un jour.

MM. Dubuisson et Anglade. — *Cas d'épilepsie traumatique.*

L... (Jean), quarante et un ans, journalier, entre à l'asile le 4 mai 1886.

Il n'existe pas d'antécédents héréditaires, ni du côté paternel, ni du côté maternel.

Lui-même s'est bien porté jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle il reçut un violent coup de pied de cheval à la région frontale antérieure. La plaie guérit rapidement, sans complications. Un an après se manifestèrent des accidents épileptiques dont le malade est incapable de préciser les circonstances et la forme.

Les accès étaient rares et le malade put les dissimuler et se marier. Il a deux filles très bien portantes encore aujourd'hui. Il s'est montré toujours un mauvais ouvrier, irrégulier dans son travail, paresseux, excitable et buveur.

Deux ans avant son internement il s'excite sans motif, et cette excitation est mise par la famille sur le compte d'excès de boisson. Elle devient assez vive en mai 1886 pour nécessiter une séquestration.

Les manifestations épileptiques n'apparaissent pas tout d'abord, et le malade est considéré comme un maniaque vulgaire.

Quelques jours après son arrivée, il tombe fréquemment, et les attaques sont complètes avec des convulsions générales. C'est bien de la grande épilepsie. Nous avons nous-même fait souvent cette constatation, notre attention ayant été appelée du côté de l'épilepsie jacksonienne par le traumatisme cranien très apparent.

Pendant son séjour à l'asile, les attaques sont restées fréquentes, le délire était général. Les impulsions étaient particulièrement violentes.

Enfin, le malade est mort le 6 juin 1897, en état de mal épileptique.

A l'autopsie, nous constatons d'abord l'adhérence du cuir chevelu au crâne, au niveau de la région frontale antérieure, au pourtour d'un orifice qui fait communiquer l'intérieur du crâne avec le revêtement externe, et à travers lequel passent des tissus et des vaisseaux.

Cet orifice est placé au centre d'une dépression osseuse limitée par une fracture circulaire. La boîte cranienne a éclaté, faisant une saillie interne considérable qui s'enfonce dans la masse encéphalique. Il en est résulté une zone de destruction profonde, triangulaire, dont la base correspond à la partie moyenne de la première frontale et mesure 5 centimètres, dont le sommet arrive au pied de la troisième frontale. Dans sa plus grande étendue, elle mesure 7 centimètres. Elle intéresse, par conséquent, outre la partie moyenne de la première frontale et de la frontale interne, la deuxième frontale. Les méninges sont très minces et adhérentes à ce niveau.

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Elle nous enseigne d'abord qu'un sujet peut vivre plusieurs années avec une perte de substance considérable, intéressant un de ses lobes frontaux ;

Qu'il n'est point nécessaire qu'une lésion traumatique intéresse les zones motrices pour produire de l'épilepsie, et non pas de l'épilepsie partielle, mais de l'épilepsie totale;

Qu'une lésion destructrice du lobe frontal peut s'accompagner de troubles mentaux;

Qu'une fracture du crâne avec enfoncement des fragments peut avoir des conséquences éloignées très graves ;

Que ces conséquences auraient pu être évitées par une intervention chirurgicale, par la trépanation.

MM. A. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, et **Adenot**, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, — *Trépanation dans un cas d'épilepsie corticale reconnaissant pour cause un gliome de la région rolandique supérieure.*

Les interventions chirurgicales dans les maladies de l'encéphale se sont considérablement multipliées dans ces dernières années. Leur technique a été rigoureusement déterminée, leur innocuité démontrée par de nombreuses statistiques et leurs indications précisées [1].

De toutes les affections encéphaliques, l'épilepsie, et plus particulièrement l'épilepsie partielle ou Jacksonienne, déterminée par une altération de l'écorce avec ou sans lésion primitive du crâne, est celle qui, sans contredit, a fourni les indications les plus favorables. Les résultats ne paraissent pas avoir été très encourageants. Cependant, nous croyons que les cas de cette catégorie dans lesquels les phénomènes de l'aura indiquent nettement le point de l'écorce intéressée, sont ceux où l'intervention est toujours le mieux autorisée. Dans ces cas, en effet, l'application de la doctrine des localisations cérébrales permet de découvrir la lésion, et celle-ci, une fois découverte, deux conditions peuvent se présenter :

Ou bien la lésion occupe les os du crâne, ou les méninges seules, ou encore la substance cérébrale, mais d'une façon très superficielle, l'opération peut alors permettre de modifier radicalement les parties lésées, et, par suite, d'obtenir la guérison, surtout si la lésion n'est pas de date trop ancienne [2];

Ou bien encore on se trouve en présence d'une lésion profonde intéressant uniquement le parenchyme cérébral, mal limitée, et ne se prêtant pas à une énucléation totale; le cas est alors plus défavorable, on ne peut logiquement espérer un succès complet. Cependant, la trépanation a ici encore cette utilité de faire connaître la nature du mal, et, par suite, de permettre d'en apprécier plus sûrement les conséquences.

1. A. Chipault, *Travaux de neurologie chirurgicale* (première et deuxième années). Paris, 1896-97.

L. Glantenay, *Chirurgie des centres nerveux*. Paris, 1897.

2. K. Weissgerber, *Sur deux cas de traitement chirurgical d'épilepsie corticale.* (*Munch. méd. Woch.*, 1896, n° 16, p. 361.)

Quelles que soient donc les circonstances, l'intervention nous paraît toujours justifiée.

L'observation que nous allons rapporter est un exemple de la dernière condition que nous venons d'exposer. Il s'agissait évidemment d'une lésion corticale datant de la première enfance et très vraisemblablement peu modifiable. Mais son siège était si nettement indiqué par les phénomènes nerveux qu'offrait la malade, dont le jeune âge (onze ans) était encore une circonstance favorable, que nous avons cédé au désir de nous rendre compte d'une manière exacte de sa nature. Nous n'avons du reste pas eu à nous en repentir, car l'opération, bien que n'ayant pas eu de résultat curatif, a du moins amené une amélioration relative qu'on ne pouvait obtenir par un autre moyen.

Marie V..., âgée de onze ans, entre le 25 juillet 1895 dans notre service de l'Antiquaille.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Il n'existe pas entre eux de consanguinité.

Le père est notoirement alcoolique, il boit particulièrement l'absinthe, surtout depuis l'âge de trente-cinq ans; il en avait trente-neuf à la naissance de notre petite malade. Malgré ces excès, il est remarquable de santé, ne porte aucun signe qui puisse faire songer à la syphilis, qu'il nie du reste, et ne semble jamais avoir eu de maladies graves d'aucune sorte. Ses antécédents familiaux sont muets au point de vue d'une hérédité névropathique ou diathésique quelconque.

La mère ne signale aussi aucun antécédent familial ou personnel suspect, elle s'est toujours bien portée. Elle avoue seulement une nervosité extrême datant de son enfance; elle ne supportait pas une contrariété, les moindres discussions provoquaient chez elle un tremblement qui, des mains d'abord, se généralisait à tout le corps. Depuis son mariage, cette impressionnabilité nerveuse se serait plus accentuée; cependant elle n'a jamais eu de véritables crises de nerfs et elle ne porte aucun stygmate d'hystérie. Au bout de trois ans de mariage elle eut une fausse couche au troisième mois (celle-ci semble avoir été provoquée par un traumatisme), puis enfanta notre malade, et depuis elle n'eut pas d'autre enfant.

Marie V... vint au monde normalement; la grossesse, l'accouchement ne furent marqués par aucun incident, l'enfant paraissait bien conformée et sa croissance fut régulière. A l'âge de sept mois, elle eut des convulsions qui revinrent fréquemment pendant quatre mois sans qu'on sût à quoi on pouvait les rattacher. Elle marche à treize mois, elle ne parle qu'à deux ans, mais son intelligence paraît

se développer normalement et, jusqu'à l'âge de quatre ans, aucun événement digne de remarque ne vient troubler son développement.

Vers quatre ans, les premiers symptômes observés par la mère furent des spasmes dans tout le côté droit aboutissant à des soubresauts du corps tout entier qui agitaient la petite malade dans son berceau trois ou quatre fois par nuit. Les parents attribuèrent ces malaises à une frayeur que l'enfant aurait eue à l'âge de trois ans; mais les accidents avaient débuté cinq mois après, il ne semble donc pas qu'il y ait une relation à établir entre ces deux faits.

Ces spasmes convulsifs se produisirent ensuite le jour; l'enfant les sentait venir, elle prévenait ses parents, leur disant de ne pas s'effrayer, puis elle se couchait à terre, prenait son accès et attendait ainsi dans un état de semi-rigidité qu'elle pût se relever. Elle ne perdait jamais connaissance. L'aura qui l'avertissait consistait en des fourmillements assez vifs dans les membres droits, pour lesquels elle demandait qu'on la frictionnât, puis dans une sensation de clignotement dans les paupières. L'accès était marqué par une contraction tonique des membres droits plus prononcée à la jambe, mais commençant toujours par le bras, puis une déviation violente de la tête et des yeux à gauche, sans qu'on pût retourner la tête à droite; enfin souvent par un peu de salivation, mais jamais il n'y avait morsure de la langue, ni miction involontaire, et la connaissance, au début de l'affection, était toujours conservée.

En dehors des accès, sa santé paraissait parfaite, sauf que peu après les premières crises on remarqua qu'elle avait de la difficulté à marcher. Sa jambe droite traînait un peu, elle avait quelque peine à s'appuyer dessus. Cette fatigue alla en s'accentuant. A sept ans, elle boitait visiblement mais d'une façon intermittente. La boiterie était beaucoup plus forte quand les crises étaient plus nombreuses, quoique jamais assez pour empêcher les occupations habituelles. On ne remarquait pas de gêne bien marquée dans l'exercice du bras droit qui cependant, au moment des crises, était toujours le premier à se convulser. A neuf ans, les crises devenant plus fréquentes et tous les symptômes s'accentuant, sa mère consulte notre collègue le docteur Cordier, qui diagnostiqua déjà une tumeur cérébrale et parla même d'une opération possible. A cette époque les crises avaient changé de caractère, souvent les convulsions ne se bornaient pas aux membres droits, mais se généralisaient à tout le corps, l'accès devenait complet, s'accompagnait alors de perte de connaissance et durait trois ou quatre minutes au lieu de quelques secondes. C'est dans ces conditions que sa mère nous l'amène.

Au moment de son entrée à l'hôpital, Marie V... prend environ douze crises par semaine, mais d'une façon très irrégulière. En général, l'accès commence dans le bras droit par des convulsions toniques qui deviennent très rapidement cloniques. Il y a ensuite extension forcée du membre inférieur droit qui se raidit, en même temps

les yeux se convulsent, la tête se tourne à gauche, puis les convulsions se généralisent et la malade tombe sans connaissance. Cette description s'applique à la crise forte, mais très souvent elle en a d'autres beaucoup plus faibles. Quelquefois tout se borne à des convulsions cloniques dans le bras droit; puis la malade tombe sans perdre connaissance et se relève au bout de quelques secondes; d'autres fois l'accès consiste seulement en une sensation subjective, toujours dans le membre supérieur droit, *elle sent bouger dans son bras*, suivant son expression. Pendant les fortes crises la malade urine souvent, mais jamais elle ne se mord la langue. Après le retour à la connaissance, elle n'a ni céphalée ni somnolence.

A l'examen de la malade, on constate d'abord l'intégrité absolue des organes splanchniques, pas de déformation de la tête ni du squelette; on remarque un raccourcissement marqué et une légère atrophie du membre inférieur droit. A part cette difformité, la petite malade a l'aspect d'une enfant en bonne santé et bien développée pour son âge, elle a la taille et le poids normaux. Sa démarche est pénible, elle boite, elle traîne la jambe sans accuser de douleur, mais la fatigue arrive vite. Le pied est tourné en dehors avec un léger équinisme, le genou un peu fléchi.

Les membres supérieurs paraissent normaux; on ne remarque pas de différence de volume ni de longueur entre les deux; la force musculaire est très légèrement diminuée à droite, surtout dans les muscles fléchisseurs. La petite malade est un peu maladroite du bras et de la main droite, sans que cela cependant l'empêche de coudre et de tricoter. Elle n'y éprouve aucun trouble de sensibilité autre que la sensation de son aura; les réflexes sont un peu exagérés, la contractilité électrique bien conservée.

La longueur des membres inférieurs, mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe est : du côté droit, 0,70 centimètres; du côté gauche, 0,72c5. De l'épine iliaque antéro-supérieure au bord inférieur de la rotule, on trouve :

Du côté droit, 0,39 centimètres; du côté gauche, 0,40 centimètres. Il y a donc un raccourcissement évident portant surtout sur le segment inférieur du membre. Il y a aussi un léger degré d'atrophie : la circonférence de la jambe prise au niveau du mollet est, pour le côté droit, 0,25 centimètres, et pour le côté gauche, 0,27 centimètres. A la partie moyenne de la cuisse on a, du côté droit, 0,30 centimètres, et du côté gauche, 0,31 centimètres.

En somme, légère atrophie portant sur la jambe, la cuisse et la région fessière droite, avec raccourcissement du membre dépassant 0,02 centimètres. Il s'ensuit un abaissement du bassin du côté droit et un léger degré de scoliose consécutive qui disparaît dans la position horizontale.

La force musculaire est notablement diminuée dans ce membre,

surtout pour les muscles fléchisseurs. Les réflexes y sont nettement exagérés et l'on peut provoquer de la trépidation épileptoïde. Pas de troubles de la sensibilité. La petite malade ne paraît pas avoir eu de troubles oculaires, sa vision paraît normale, et on n'observe aucune anomalie dans le fonctionnement des muscles internes ou externes des yeux. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune modification de la pupille. L'intelligence est moyennement développée, mais sans troubles appréciables. La santé générale est excellente.

Le 14 novembre 1895, la malade prend devant nous une crise où nous voyons se dérouler le tableau précédemment décrit. Elle nous avertit qu'elle ressent dans le bras droit, et plus particulièrement dans l'épaule, une sensation de mouvement, puis le bras se contracte, ensuite la main, enfin la jambe; la tête se tourne à gauche, l'enfant tombe, et ses convulsions se généralisent à tout le corps; elle ne perd connaissance que pendant quelques secondes, elle se relève au bout d'environ une minute, sans obnubilation.

En présence de ces symptômes constants pour le membre inférieur droit et intermittents pour le membre supérieur et la tête, nous pensons à une altération de nature indéterminée de la substance corticale de l'hémisphère gauche à la partie supérieure des circonvolutions rolandiques, et nous proposons à la mère de notre petite malade une trépanation qui est acceptée.

Opération. — Le 3 décembre 1895, cette opération est pratiquée par l'un de nous.

La tête préalablement rasée, une incision est faite dans le sens antéro-postérieur parallèlement au sinus longitudinal supérieur, puis un débridement latéral est pratiqué à gauche perpendiculairement à l'incision primitive dans le sens de la scissure de Rolando indiquée par les mensurations de Poirier.

Une première couronne de trépan est appliquée à l'intersection des deux incisions au niveau de la portion supérieure des circonvolutions rolandiques. Après avoir sectionné la dure-mère longitudinalement, une masse d'œdème sous-arachnoïdien du volume d'une amande vient faire hernie dans la plaie. Cette petite masse œdémateuse laisse filtrer à sa surface une rosée de sérosité qui, épongée, se renouvelle immédiatement. Une seconde couronne de trépan permet d'apercevoir une masse œdémateuse plus étendue, après agrandissement de la section de la dure-mère.

L'arachnoïde ayant été écartée, il se produit alors une petite déchirure de la surface pie-mérienne, et une tumeur d'aspect grisâtre apparaît. Une série de trois couronnes de trépan est alors pratiquée autour des premières. On sectionne les ponts osseux intermédiaires et on enlève ainsi un quadrilatère osseux de la dimension d'une petite paume de main. Par cette large brèche, on voit nettement les circonvolutions roses, recouvertes de leur pie-mère, un peu au-des-

sous et en dehors. Puis, au niveau de la première couronne, c'est-à-dire en haut, sur un point très voisin du sinus longitudinal supérieur et au niveau du lobe paracentral et de la partie supérieure de la pariétale ascendante, on voit faire saillie une tumeur du volume d'une petite noix, violacée, grisâtre, d'aspect sanieux, avec quelques points noirâtres, comme pigmentée ou infiltrée d'hémorragies interstitielles antérieures.

Cette tumeur semble envoyer un prolongement du côté de la ligne médiane, sur la face interne de l'hémisphère. Elle fait saillie sur la surface de la circonvolution, mais fait très nettement corps avec elle. Elle paraît donc être une modification du tissu et ne pouvoir s'énucléer quoique paraissant bien limitée en dehors.

Le tissu de cette tumeur est mou, presque déliquescent au toucher, donnant la sensation d'un tissu sans consistance bien différent de l'espèce de tonicité du tissu nerveux des circonvolutions voisines qui paraissent saines. Les battements cérébraux sont très marqués. D'abord au bistouri, puis avec des ciseaux courbes très fins, on sectionne la tumeur, en essayant de l'enlever par tranches; mais en raison de la mollesse du tissu, on est obligé de s'aider bientôt d'une curette pour tâcher d'enlever complètement le tissu morbide. On s'arrête au moment où l'on rencontre un tissu plus blanc; mais en dedans et en haut on le voit se prolonger sur la face interne de l'hémisphère sans qu'on puisse en atteindre les limites. On a ainsi raclé et enlevé environ un centimètre d'épaisseur de tissu morbide, puis on cautérise au thermocautère toute la surface de la région évidée. On rabat alors les méninges, on suture les lambeaux péricraniens et cutanés et on fait un pansement antiseptique.

L'anesthésie avait été assez difficile. La respiration était pénible, les mucosités bronchiques abondantes. L'enfant se cyanosa à plusieurs reprises, si bien que l'on fut plusieurs fois tenté de la réveiller. L'opération ne dura pas plus d'une demi-heure.

La tumeur a été examinée par M. le Dr Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et voici le résultat de son examen :

La dissociation des fragments de la tumeur à *l'état frais* a donné des cellules à noyau ovale très vigoureusement coloré. Le noyau est entouré d'une atmosphère protoplasmique très claire qui se prolonge aux deux extrémités du grand axe de la cellule par une queue longue et grêle formée du même protoplasma hyalin, c'est-à-dire que ces cellules ne sont pas seulement fusiformes, car leur noyau est ovale, presque rond et non en bâtonnet, et les deux prolongements qui en partent sont comme ses appendices tout en ne présentant pas de réaction histo-chimique différente de celle qu'offre l'atmosphère protoplasmique périnucléaire. La dissociation fraîche, en dehors de quelques capillaires embryonnaires assez nombreux, n'a d'ailleurs pas donné d'autres renseignements.

Les coupes faites sur les *fragments durcis* à la gomme et à l'alcool, et colorés au picrocarmin sont intéressants à rapprocher comme résultats de ceux fournis par les dissociations fraiches. En effet, sur ces coupes on ne se douterait pas de l'existence de ces cellules à doubles bras longs et si spéciaux; on n'observe que des cellules à noyau ovale ou rond, avec protoplasma en couche mince entourant régulièrement le noyau de façon à donner l'apparence de cellules rondes ou ovales tout simplement. Ces cellules paraissent plongées dans une substance granuleuse uniforme qui réagit un peu en jaune à l'acide picrique. D'assez nombreux capillaires embryonnaires serpentent dans la coupe.

Si nous n'avions pas vu les dissociations, il est certain que ces coupes durcies n'offriraient rien de plus que les coupes de la plupart des gliomes. Mais les dissociations soulèvent une question relativement à la structure vraie de certains gliomes et la nature de cette substance granuleuse dans laquelle plongent les cellules, car on peut se demander si cette dernière n'est pas constituée en grande partie par les bras des cellules tels que nous les a décélés la dissociation.

On peut conclure selon toute vraisemblance à un gliome malin, car les gliomes à évolution lente se caractérisent par des cellules de dimensions plus variables et plus inégales d'une cellule à l'autre, d'une richesse en protoplasma plus granuleux. Si dans tout gliome, même à évolution lente, on trouve ces petites cellules à protaplasma clair, du moins à côté de celles-ci il y a des cellules plus volumineuses offrant des formes en navet, en raquette, losangiques, polygonales. Pour ces diverses raisons de morphologie cellulaire, ce gliome offre les caractères histologiques d'un gliome malin.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Le soir l'enfant avait 38° de température, n'avait pas de torpeur, et répondait correctement aux questions qu'on lui posait; elle disait ne pas souffrir et se trouver bien.

Le lendemain, 4 décembre, le pansement étant inondé par du liquide séro-sanguinolent, on l'enlève pour le renouveler : la plaie a un très bon aspect, la malade ne souffre pas, elle cause pendant le pansement; température normale. Jusqu'au 9 décembre, la malade continue à bien aller, sans avoir de température, ni de crise convulsive d'aucune sorte. Elle reste donc six jours seulement sans éprouver de phénomènes convulsifs. A partir de ce moment les accidents se sont renouvelés tout d'abord avec une grande fréquence.

Le mois de janvier a été celui où les crises ont été le plus nombreuses, car elles ont atteint presque le chiffre de quatre-vingts; mais depuis cette époque elles ont considérablement diminué de fréquence, les crises généralisées surtout, qui n'ont été en moyenne qu'au nombre de huit par mois au lieu de vingt-trois auparavant.

Les crises partielles, jusqu'au mois d'août 1896, se sont maintenues à une moyenne assez élevée, environ vingt par mois; mais depuis

elles sont tombées comme les crises généralisées à la moyenne inférieure d'environ huit à neuf par mois.

Le tableau ci-joint montre très clairement la fréquence des crises avant et après l'opération.

1895	Grandes crises	crises partielles.	1896	Grandes crises	crises partielles.	1897	Grandes crises	crises partielles.
Août......	23	19	Janvier....	58	21	Janvier....	5	10
Septembre.	27	36	Février....		30	Février....	7	12
Octobre...	26	27	Mars......	2	32	Mars......	9	14
Novembre.	29	12	Avril......	5	17	Avril......	7	12
Décembre .	14	7	Mai.......	1	25	Mai.......	6	7
3 décembre opération.			Juin.......	2	15	Juin.......	5	4
			Juillet.....	2	21	Juillet.....		
			Août......	5	19			
			Septembre.	4	5			
Moyenne par mois..	23.3	20.2	Octobre...	7	6	Moyenne par mois..	6.5	9.8
			Novembre.	1	9			
			Décembre.	12	8			
			Moyenne par mois..	8.3	17.3			

L'amélioration immédiate, mais de courte durée, qui a suivi l'opération s'explique très bien par la décongestion et la décompression. L'aggravation secondaire mais également passagère qui a succédé à l'amélioration du début reconnait sans doute pour cause les phénomènes de réparation et de cicatrisation. Enfin, l'atténuation des symptômes et leur persistance dans ce dernier état résultent de la guérison malheureusement incomplète du foyer de la tumeur dont quelque prolongement continue probablement à évoluer silencieusement, et de la substitution à la masse néoplasique d'un tissu dépourvu des qualités ordinaires du tissu nerveux de l'écorce cérébrale.

Au point de vue de l'état général, la petite malade ne paraît pas s'être mal trouvée de cette intervention. Elle a continué à grandir et à se développer, physiquement du moins, d'une manière tout à fait satisfaisante; actuellement elle n'est pas encore réglée.

Les phénomènes paralytiques du côté droit se sont peut-être davantage accentués au membre inférieur; la main est restée assez habile, mais la jambe est faible par paralysie très marquée des muscles fléchisseurs. Les extenseurs offrent au contraire une assez grande résistance. Il en résulte une démarche claudicante de plus en plus

pénible. Les réflexes sont toujours exagérés et l'on produit très facilement le clonus du pied.

Au point de vue psychique nous n'avons pas, malheureusement, à constater d'amélioration. Dans le mois qui a suivi son opération elle est restée dans un état de prostration marquée qu'elle n'avait pas les premiers jours. Elle s'en est réveillée au bout d'un mois environ avec une intelligence sinon amoindrie, du moins plus paresseuse. Elle a de la tendance à la somnolence ou a de la peine à fixer son attention. Malgré les plus grands efforts on n'a pu parvenir à lui apprendre à lire ni à écrire. Elle montre en même temps des défauts de caractère qu'on ne lui connaissait pas. Elle boude pour un rien, est indocile et capricieuse.

En somme, bien que nous ne constations pas un affaiblissement psychique bien marqué, elle n'en montre pas moins un affaissement moral qui est peu rassurant.

L'intérêt de cette observation réside tout d'abord dans la précision avec laquelle les phénomènes observés ont indiqué le siège réel de la lésion. L'état pathologique du membre supérieur droit paraissait dominer la scène ; c'est là, et plus particulièrement dans son segment inférieur, que l'on constatait des troubles physiques et fonctionnels constants. Le raccourcissement du membre et son atrophie ne pouvaient être dus qu'à un arrêt de développement dépendant d'une lésion destructive qui devait remonter à la première enfance. Sa limitation plus précise au segment inférieur du membre nous amena à penser au siège qu'occupait la lésion, c'est-à-dire au lobule paracentral ou son voisinage. C'est, en effet, dans cet endroit précis que l'on a trouvé cette tumeur, dont la nature était difficile à présumer, et qui avait pour conséquence l'irritation des parties voisines, indiquée par le commencement de l'aura au bras.

Notre observation est donc un exemple à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales qui nous a guidés et un encouragement à lui rester fidèles.

Au point de vue opératoire, les résultats ont été très satisfaisants et ont montré, une fois de plus, la bénignité de cette intervention. L'opération a eu aussi un heureux effet sur les manifestations convulsives.

La lecture du tableau des accès avant et après l'opération fait nettement ressortir la diminution de fréquence considérable des accès généralisés. Il semble donc que si la lésion, persistante et incomplètement modifiée par l'intervention, continue à produire

les phénomènes d'irritation qui se traduisent par des accès partiels, la décompression du cerveau dans cette région a eu pour conséquence l'atténuation considérable des crises généralisées.

MM. Lannois et J. Paviot. — *Deux cas de chorée héréditaire avec autopsies.*

Depuis l'époque (1888) où l'un de nous a publié la première observation familiale détaillée de chorée héréditaire recueillie en France, les faits se sont beaucoup multipliés et ont permis une connaissance approfondie de la maladie au point de vue symptomatologique. Le point resté dans l'ombre, malgré quelques relations d'autopsies, est certainement l'anatomie pathologique.

C'est qu'en effet les cas publiés n'ont le plus souvent donné lieu qu'à des descriptions macroscopiques. Quant aux relations, d'ailleurs rares, d'examens microscopiques elles ne concordent pas absolument les unes avec les autres.

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter l'histoire de deux malades que nous avons suivies pendant longtemps et dont nous avons pu faire les autopsies il y a quelques mois. L'examen histologique du système nerveux, que nous avons pratiqué en détail, ne résoudra certes pas tous les points de cette intéressante question, mais il nous a permis d'arriver à une conception assez nette des lésions dans leur ensemble.

Voici d'abord les observations.

Observation I. (Résumée). — L'observation clinique de notre premier cas est rapportée dans le mémoire de l'un de nous sur la *Chorée héréditaire*[1]. Nous nous contenterons de rappeler ici qu'elle faisait partie de la famille Vey... Dans cette famille, une patiente enquête, faite dans différentes villes ou villages du Rhône, de l'Isère et de la Drôme, nous avait permis d'avoir les renseignements précis sur quinze choréiques dont sept avaient pu être observés par nous.

Au moment où l'histoire d'Adèle Vey... fut publiée, en 1888, cette femme avait trente-trois ans, et sa chorée datait de l'âge de vingt et

1. Lannois, *Revue de médecine*, 1888. — Voir aussi Lenoir, thèse de Lyon, 1888.

un ans. C'était un cas où la maladie s'était développée d'une manière précoce. Elle est morte au mois de novembre 1896 et son affection a, par conséquent, duré vingt ans. C'était un cas typique.

Elle avait été revue à plusieurs reprises, notamment lors d'une quatrième grossesse pour laquelle elle était entrée à la Charité. Les mouvements n'avaient pas fait beaucoup de progrès, mais les troubles psychiques, peu marqués jusqu'alors, s'étaient accentués.

Retournée à Vienne, elle fut au bout d'un certain temps admise à l'Asile de la Charité ; mais elle était devenue très fantasque et elle ne voulut pas y rester. A deux reprises différentes elle le quitta. Elle erra alors dans les rues de la ville, mendiant, tombant aux carrefours, causant des rassemblements d'enfants, dans un état de déchéance intellectuelle et physique complète. Le bureau de bienfaisance de la ville qui lui donnait des secours lui payait même une chambre chez un logeur, et c'est là qu'elle succomba rapidement, après n'avoir été malade que deux jours.

Grâce à l'obligeance du docteur Figuet, médecin des hôpitaux, qui nous prévint par un télégramme, nous avons pu nous rendre à Vienne et faire l'autopsie qui n'a d'ailleurs porté que sur le cerveau et sur la moelle.

Le crâne est très épais et difficile à casser avec le marteau. A l'ouverture de la dure-mère il s'écoule une très notable quantité de liquide citrin, clair, sans flocons fibrineux. Nulle part il n'y a d'épaississement de la dure-mère.

Tout le lobe occipital gauche est coiffé d'un caillot sanguin, mince, noir, évidemment d'origine récente, qui s'enlève facilement, laissant au-dessous de lui la pie-mère très colorée par le sang, mais intacte. Il y a un petit caillot semblable du même côté sur la face supérieure du cervelet. Enfin, une suffusion sanguine large comme une pièce de deux francs dans les mailles de la pie-mère vers la partie moyenne du lobe frontal droit.

La pie-mère est un peu trouble par places et épaissie, mais non adhérente au cerveau dont elle se détache sans difficulté.

Le cerveau paraît remarquablement petit. Il ne pèse que 790 grammes après l'enlèvement du cervelet. L'encéphale entier pèse 950 grammes.

Cette petitesse tient à une atrophie générale qui semble porter aussi bien sur l'écorce que sur la substance blanche. Les circonvolutions sont très petites et les sillons sont très accusés : les deux circonvolutions ascendantes frontale et pariétale sont particulièrement amincies. A droite, c'est surtout la pariétale ascendante qui est petite et qui présente en outre cette anomalie d'être coupée en trois parties à peu près égales par deux sillons transversaux.

Les ventricules ne sont pas dilatés et ne présentent rien d'anormal.

Toute la substance grise corticale, soit à la périphérie, soit sur des coupes, présente une coloration rosée très manifeste.

Examen histologique. — *a. Frontale ascendante.* (Méthode de Nissl.) — A un faible grossissement (Obj. 3, oc. 3 Reichert) on est de suite frappé par l'abondance de petits noyaux ronds, très vigoureusement colorés, disséminés dans toute l'épaisseur de la substance corticale. Ces noyaux apparaissent comme nus, c'est-à-dire que leur atmosphère protoplasmique est assez mince pour ne pas donner à ce grossissement le double contour. Disons immédiatement que ce n'est qu'avec 1/12 de p. de Leitz, immersion homogène et éclairage Abbé, que nous avons pu leur découvrir une fine ligne à peine marquée concentrique au contour du noyau. Ces petits noyaux se présentent le plus souvent par groupe de trois à six, quelquefois aussi on les voit disposés sur une seule ligne courbe ou droite; à un plus fort grossissement on reconnaît alors que cette ligne est parallèle à un capillaire. Enfin, dès ce grossissement, on remarque que chaque cellule pyramidale est le centre d'un de ces groupements. Nous appellerons, pour la commodité de l'exposition, ces petites cellules « grains », sans pour cela préjuger de leur nature, ni les confondre avec les cellules de la névroglie.

A un grossissement plus fort (Obj. 6, oc. 3 Reichert), ces noyaux sont tous parfaitement ronds et pleins, aucun n'est bourgeonnant ou déformé de quelque façon que ce soit; ils paraissent d'une homogénéité parfaite; le bleu de méthylène les colore plus vigoureusement que tous les noyaux de n'importe quelle cellule voisine. Ils ne rappellent en rien, ni par leur forme, ni par leur volume, les noyaux des globules blancs.

Quand on examine un des groupes qu'ils forment, leur arrangement apparaît comme très variable, c'est-à-dire que dans un groupe de quatre ou cinq, il est rare de les voir sur le même plan, souvent on ne s'aperçoit du groupe qu'en faisant varier le microscope.

Dans ce premier cas, nous n'avons point vu de ces grains dans la lumière des vaisseaux. Quand on les observe en ligne, c'est dans l'adventice du vaisseau ou parallèlement à la paroi du capillaire qu'ils se sont disposés en file.

Ils sont très rares dans la couche granuleuse superficielle de la circonvolution et ne commencent à apparaître qu'au niveau de la première couche de cellules nerveuses polygonales; au niveau des petites cellules pyramidales leur nombre augmente, et c'est dans la couche des grandes cellules pyramidales que la lésion acquiert son maximum.

Remarquons en passant que les cellules nerveuses polygonales de la première couche n'ont pas disparu.

Les rapports des grains, qui constituent la lésion, avec les cellules nerveuses de la corticalité sont intéressants. Dans la première couche de cellules, ils sont disséminés et d'ailleurs très rares, mais dans la couche des petites cellules pyramidales et dans celle des grandes cellules pyramidales, presque chacune de ces cellules représente un

centre d'attraction pour les noyaux. A un degré moindre autour des petites cellules pyramidales, mais poussé à un degré bien supérieur autour des grandes, l'afflux des noyaux est manifeste. Chaque grande cellule pyramidale offre dans sa loge de trois jusqu'à six de ces noyaux. Nous disons *dans sa loge*, car de prime abord on pourrait croire que la cellule a été pénétrée par eux; mais nous nous sommes assurés avec un grossissement suffisant que les noyaux restent toujours en dehors de la cellule nerveuse. Ils la dépriment, la déforment souvent, y creusant comme des encoches, mais restent toujours entre elle et la paroi de sa loge.

Les cellules pyramidales grandes et petites ont d'ailleurs subi à ce contact des altérations assez nettes: elles ont à peu près toutes pris un aspect pyriforme ou triangulaire, la partie pointue de la cellule toujours tournée vers la surface; mais du moins la plupart ont perdu le bras protoplasmique de longueur variable qu'elles poussent vers la périphérie.

Quant à la substance chromatophile, elle est peut-être un peu plus diffusée que d'habitude, mais sur ces préparations du moins nous n'avons pas vu la lésion chromatolytique autrement accentuée.

Enfin, il est évident que ces noyaux, ces grains, ont envahi la substance médullaire de la circonvolution; ils n'y sont plus disposés par groupes, mais affectent une orientation générale en lignes étroites parallèlement aux faisceaux blancs.

b. Fragment du lobe frontal (Méthode de Nissl). — Il faudrait répéter pour ce fragment tout ce que nous avons dit de l'examen microscopique de la frontale ascendante. Nous ajouterons seulement qu'ici les grains, dans la substance corticale et même dans la couche des grandes cellules pyramidales, sont beaucoup moins abondants. Par contre, dans la substance médullaire de la circonvolution, ils sont beaucoup plus nombreux, non seulement disséminés dans toute l'épaisseur du centre blanc de la circonvolution, mais formant autour de chaque vaisseau une double ligne de plusieurs rangs d'épaisseur.

La paroi même des vaisseaux ne paraît pas altérée; les noyaux gorgent les gaines périvasculaires, avec les caractères que nous avons déjà décrits, mais ne semblent pas avoir provoqué de réaction du côté des tuniques des artérioles même d'un certain volume. Le plus souvent, les vaisseaux paraissent dilatés et gorgés de sang.

Des préparations à l'éosine hématoxylique de ce lobe frontal ne nous ont pas donné de renseignements supérieurs à ceux fournis par le bleu de méthylène et n'ont fait que confirmer.

La névroglie ne nous a paru nullement modifiée ou sclérosée : nous l'avions étudiée sur des préparations au picrocarmin. Partout elle a présenté son aspect granuleux, jaunâtre, habituel et très uniforme; il n'y a certainement aucune plaque d'encéphalite ni de sclérose diffuse. Aucun foyer d'œdème.

c. Cervelet. — Recueilli dans le liquide de Müller, traité à la méthode de Marchi. — Pas trace de fibres dégénérées.

d. Bulbe. — Recueilli dans le Müller et traité par la méthode Weigert-Pal. Diminution assez nette de la pyramide d'un seul côté, diminution dans le nombre et la densité des fibres qui porte surtout sur la partie antérieure (à peine un quart) et qui est surtout manifeste par comparaison avec l'autre côté.

e. Moelle. — Recueillie dans le Müller. — Certaines coupes ont été traitées au Marchi; d'autres, obtenues après inclusion à la celloïdine, ont été colorées au Weigert-Pal, puis soumises ou non à une double coloration au carmin ammoniacal : toutes ont intéressé le renflement cervical.

Au Marchi, grains noirs de volume variable, disséminés dans tous les cordons blancs; grains plus volumineux et plus abondants dans la partie interne du faisceau pyramidal direct, dans la partie antérieure du faisceau cérébelleux direct, et enfin tout autour de la pénétration des racines postérieures et dans ces racines elles-mêmes quand elles ont été comprises dans les coupes.

Au Pal, la sclérose manifeste porte sur la partie antéro-interne du pyramidal direct, sur tout le faisceau cérébelleux direct, le faisceau de Gowers, en somme le tiers externe du cordon latéral. La sclérose s'étend même à toute la zone des racines antérieures se continuant en dedans avec la sclérose du pyramidal direct. Par contre, les cordons postérieurs, très noirs, sont intacts même à leur périphérie.

Autant que l'on peut juger de l'état de cellules nerveuses par la méthode de Pal avec double coloration, les cellules pyramidales de la corne antérieure paraissent saines, mais surtout aussi nombreuses que d'habitude.

Observation II. — La nommée Françoise D..., née à Sancoins (Cher), est entrée pour la première fois dans le service du professeur Lépine le 18 juin 1893. Elle était alors âgée de trente-six ans et venait de Saint-Étienne, où le diagnostic était resté indéterminé en raison de l'absence de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires.

Depuis lors elle n'a plus quitté l'hôpital et est morte dans le service de l'un de nous, qui n'avait d'ailleurs cessé de l'observer, le 28 décembre 1896.

Bien qu'ayant été pensionnaire d'une maison publique de Saint-Étienne, elle niait énergiquement avoir jamais eu la syphilis; elle n'avait jamais eu de crises d'hystérie. Au contraire, elle avouait facilement des excès alcooliques.

A l'âge de vingt ans, elle avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

On n'a pu avoir de renseignements précis que sur sa mère: celle-ci avait été atteinte de chorée à l'âge de vingt-six ans et a succombé à l'âge de quarante-cinq ans tout à fait impotente et dans la démence. La malade n'avait qu'un frère plus jeune qu'elle de neuf ans,

charpentier de son état, qu'elle n'avait pas vu depuis onze ans et qu'elle croyait encore dans son pays. Malgré plusieurs lettres écrites aux médecins de Sancoins, il a été impossible d'avoir des renseignements sur lui, car il paraissait avoir quitté le pays.

Notre malade a commencé à avoir des mouvements choréiques il y a deux ans, à la suite d'une frayeur sur laquelle elle ne s'explique pas. Le début se serait fait par les membres inférieurs, et les mouvements se sont peu à peu généralisés et vont en augmentant d'intensité.

La malade ne sait ni lire ni écrire; l'intelligence, toujours faible, s'est encore amoindrie depuis deux ans. C'est avec peine que la malade fournit quelques renseignements. Elle ne répond aux questions qu'avec un retard considérable et d'une parole hésitante et brouillée.

Les mouvements choréiques sont généralisés, mais prédominent du côté droit. Elle marche assez facilement, mais avec lenteur et à petits pas; la tête est inclinée sur le côté droit et a des oscillations antéro-postérieures ainsi que le tronc. Celles-ci cessent lorsqu'elle est assise.

Les mouvements sont peu variés et se ramènent facilement à quelques types prédominants : soulèvement du pied par contraction des extenseurs, mouvements d'élévation de l'épaule par l'action du trapèze, abduction du bras. Les doigts bougent irrégulièrement, mais relativement peu.

Les contractions qui sont les plus apparentes sont celles du peaucier droit : elles sont presque incessantes et déterminent les plis du cou et les grimaces de la bouche dont la commissure droite est continuellement tiraillée. Ces mouvements s'étendent d'ailleurs aux muscles des lèvres et du menton. Pas de mouvements de la partie supérieure de la face. Rien aux yeux.

Mouvements désordonnés de la langue lorsqu'on lui fait ouvrir largement la bouche : ceux-ci cessent lorsqu'elle tire la langue.

Les réflexes tendineux, surtout à la rotule, sont exagérés.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, sauf une légère ovaralgie droite. Aucune lésion viscérale.

Elle se plaint d'une céphalée d'ailleurs inconstante; elle a peu d'appétit.

La malade présenta, à partir de ce moment, des périodes irrégulières d'aggravation ou d'atténuation des mouvements choréiques, sans que les traitements essayés aient paru avoir d'influence.

Il est à noter qu'une période d'aggravation coïncida avec un embarras gastrique très intense qui fit craindre un instant une fièvre typhoïde et qui s'accompagna d'une élévation thermique oscillant entre 39° et 40°. Les mouvements étaient beaucoup plus accusés, la tête roulait incessamment sur l'oreiller et la malade délirait chaque nuit, voyant sa mère, des hommes, des vêtements, etc. Au bout de huit jours ces accidents s'atténuèrent et, malgré l'apparition d'une

eschare médiane de la région sacrée au moment de la convalescence, elle se remit complètement.

La maladie fit lentement des progrès. Au mois de novembre 1895, au moment de son transport à l'hôpital de la Croix-Rousse, l'état s'est sensiblement aggravé. Les mouvements sont plus intenses et plus généralisés, surtout les grimaces de la face, le plissement des lèvres, qui ressemble à celui des malades atteints d'athétose double. L'incoordination des membres supérieurs est telle qu'elle ne peut s'alimenter qu'avec la plus grande difficulté et qu'on est obligé de lui donner à manger.

Elle se tient encore debout, mais en bougeant constamment par une sorte de danse sur place, comme une astasique. Elle fait d'ailleurs des chutes fréquentes qui n'ont d'autre cause que son manque d'équilibre.

La parole est devenue presque incompréhensible, même pour les phrases les plus simples qu'on lui suggére, comme : Bonjour, monsieur. Son indifférence pour tout ce qui se passe autour d'elle, son apathie intellectuelle, ont encore augmenté, mais en dehors de cela rien qui ressemble à du délire.

Il est à noter que même à cette époque avancée de la maladie, les mouvements volontaires atténuent nettement l'incoordination, par exemple lorsqu'on lui fait ramasser une épingle, qu'elle vous remet sans hésitation, lorsqu'on lui ordonne d'entrer une épingle dans un petit trou fait à une feuille de papier.

Un mois plus tard, on note que les mouvements des lèvres s'accompagnent de bruits fréquents et très sonores, soit une sorte de sifflement, soit plus souvent un claquement qui retentit dans toute la salle.

La cachexie fit de lents progrès. Au mois de septembre 1896, la malade ne pouvait plus se tenir sur les jambes qu'en s'accrochant à son lit, autour duquel elle tournait. Les mouvements avaient d'ailleurs augmenté au point qu'elle tombait du lit presque tous les jours. Les chutes étaient également de régle toutes les fois qu'elle voulait se lever, de sorte qu'elle était couverte de contusions et d'écorchures. Trois jours avant sa mort, on s'aperçut qu'elle présentait un volumineux abcés de la fesse gauche qui fut ouvert.

Dans les derniers mois elle avait souvent fait comprendre qu'elle avait mal à la tête. Elle avait souvent de la diarrhée.

Autopsie (vingt-sept heures après la mort). — Rien à signaler dans les viscéres, qui ont l'aspect et le poids normaux, sauf pour le poumon droit, qui présente de petites cicatrices de tuberculose ancienne et qui n'a que deux lobes.

A l'ouverture des méninges il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide jaune, un peu louche. Épaississement trés marqué de la dure-mère au niveau des corpuscules de Pacchioni qui présentent des dilatations variqueuses surtout à la partie postérieure.

La partie moyenne de la dure-mère à gauche présente à sa face

interne un épaississement considérable, constitué par une sorte de caillot lamellaire ayant un maximum d'épaisseur de 4 millimètres environ. A droite, la dure-mère et l'arachnoïde ont l'aspect normal.

De nombreux tractus réunissent les feuillets de l'arachnoïde, mais ils sont lâches et se laissent facilement déchirer. Dans la fosse cérébrale moyenne des deux côtés une petite suffusion sanguine récente ; il y en a également dans la fosse cérébelleuse gauche, et surtout dans la fosse occipitale gauche où l'on trouve un gros caillot noir entre l'arachnoïde et la dure-mère.

La pie-mère est très vascularisée, mais sans effusion sanguine, sans plaques épaissies.

L'encéphale est petit et pèse 980 grammes ; le cerveau, sans le cervelet, pèse 715 grammes; les deux hémisphères ont le même poids avec une prédominance de 4 à 5 grammes pour le droit.

Hémisphère gauche. — La substance cérébrale est un peu molle, de sorte qu'on a de la peine à détacher la pie-mère, ce à quoi on arrive cependant sans enlever de substance cérébrale, sauf au niveau de la partie supérieure de la corne occipitale, où il y a un petit point ramolli.

Rien de particulier à signaler dans les circonvolutions sauf leur petitesse ; elles ont un aspect gris rosé et présentent des traînées d'un jaune un peu brun qui paraissent en rapport avec les suffusions sanguines de la dure-mère. A l'œil nu on ne voit rien dans la substance blanche, ni dans les noyaux centraux, sauf deux petites lacunes sous forme de fentes dans la partie la plus externe du noyau lenticulaire.

Hémisphère droit. — Même aspect et même état pâteux. On a un peu plus de peine à enlever la pie-mère, et la substance cérébrale lui reste adhérente, sur une mince bande de deux centimètres de long, au niveau de la partie supérieure de la pariétale ascendante. Même couleur gris rosé des circonvolutions, sans traînées jaune brun. Les circonvolutions sont également petites dans leur ensemble et la pariétale ascendante est beaucoup plus petite que la frontale ascendante.

Le cervelet est petit et il semble que l'atrophie porte surtout sur la substance blanche.

Rien à signaler à l'œil nu dans la protubérance, le bulbe et la moelle épinière.

Examen histologique. — *a. Frontale ascendante* (Méthode de Nissl). — Intégrité presque complète de la couche granuleuse sous-pie-mérienne ; mais dès la première couche de cellules nerveuses polygonales commence brusquement l'envahissement de la substance corticale par des cellules rondes, réduites pour ainsi dire au noyau, exactement rond, ni bourgeonnant, ni bilobé, bien homogène, vigoureusement coloré par le bleu de méthylène. C'est une infiltration diffuse, intense, de plus en plus marquée au fur et à mesure que l'on pénètre vers la profondeur de la circonvolution, dont la subs-

tance médullaire elle-même est aussi envahie par ces petites cellules.

Outre ces petites cellules, apparaissant sous forme de grains bleus, les cellules névrogliques de la substance corticale, plus volumineuses et faciles à différencier. ont réagi et sont manifestement augmentées de nombre; non seulement leur volume, mais aussi leur atmosphère protoplasmique facile à voir, les différencie des petits grains; enfin, ces derniers presque seuls ont envahi la substance médullaire. La réaction et l'augmentation de nombre des cellules névrogliques n'est pas étendue à tous les points de la corticalité (dans une même préparation) mais n'existe que par zone; au contraire, l'envahissement par les petits noyaux est diffus, et c'est dans les points où la névroglie paraît normale que l'on peut observer les rapports des grains avec les cellules nerveuses; ce sont les mêmes que dans la première observation.

Chaque cellule pyramidale, grande et petite, offre dans sa loge de deux à six de ces grains, qui la dépriment, s'y creusant une logette, qui apparaît comme une encoche sur les parois de la cellule. C'est dans les points qui paraissent le moins lésés que l'on peut étudier cette disposition, mais dans ceux où la névroglie a réagi, la superposition des cellules nerveuses, des cellules névrogliques et des grains bleus rend les résultats de l'analyse douteux.

Nous sommes frappés, sur cette préparation, malgré les lésions qui paraissent plus intenses que dans l'observation I, de l'intégrité des cellules pyramidales; leur prolongement protoplasmique vers la périphérie subsiste presque chez toutes, aisé à voir, avec les rares bâtonnets chromatophiles que l'on y trouve habituellement. Les cellules pyramidales devenues pyriformes sont si rares qu'il est permis de se demander si celles que l'on voit ne sont pas celles dont le rasoir a décapité le bras protoplasmique. Quoi qu'il en soit, toutes ont des angles vifs, la grande majorité ont leur bras et en somme paraissent à peu près intactes.

Toujours à la même méthode on voit que la substance médullaire est fortement envahie par les grains; ceux-ci, outre le semis diffus, constituent autour de chaque vaisseau une double rangée. La paroi du vaisseau ne paraît pas avoir réagi à leur contact.

Coloration au picrocarmin. — Elle nous a permis, dans des coupes de cette même frontale ascendante, de voir des lésions du réseau névroglique. En effet, par zones peu étendues, souvent linéaires, la substance intercellulaire est rosée (et non jaunâtre); de petites vacuoles y sont apparues, limitées par un tissu qui n'est plus granuleux, mais très finement fibrillé; plus exactement dans ces zones la névroglie ne donne plus la sensation d'une substance granuleuse, mais d'un feutrage serré.

Nous insistons sur ce résultat fourni par le picrocarmin, car il a montré un commencement de réaction névroglique qui doit être pa-

rallèle à l'augmentation des cellules de la névroglie que le bleu de méthylène nous révélait par zones, à côté de l'envahissement par les grains. D'ailleurs, dans la substance médullaire, le carmin ne nous a fait voir aucune modification de la névroglie et n'a montré que les grains, colorés en rouge.

b. Lobes frontaux (Méthode de Nissl). — Dans nos coupes, un ou deux points offrent l'augmentation des cellules névrogliques; mais en général c'est un envahissement intense de toutes les couches de cellules nerveuses par les grains.

Les rapports de ces grains avec les cellules pyramidales sont les mêmes.

L'envahissement de la substance médullaire est aussi intense.

Nous sommes toujours frappés de l'intégrité relative des grandes et petites cellules pyramidales.

Le picrocarmin, sur plusieurs coupes de ce même fragment, nous a révélé, dans les parties superficielles de la substance corticale, de petits points microscopiques, ronds, où la substance cérébrale jaunâtre, mal colorée, paraît un peu dissociée, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'une petite hémorragie, d'un petit ramollissement ou d'un point d'œdème histologique. On trouve de quatre à cinq de ces points dans chaque coupe de la circonvolution.

Enfin, dans les coupes de ce fragment nous trouvons pour la première fois deux vaisseaux remplis de petites cellules rondes, n'ayant presque que leur noyau; un des vaisseaux a même sa lumière complètement occupée par ces petites cellules. Quelques granulations jaunâtres, d'origine sanguine, semble-t-il, autour de ces vaisseaux.

c. Lobule paracentral. — Il faudrait répéter pour le lobule paracentral exactement ce que nous avons dit pour la frontale ascendante, c'est-à-dire que, outre l'infiltration des grains, il y a des zones de réaction névroglique manifeste.

Des préparations à la safranine, comme au bleu de méthylène, nous ont donné les mêmes résultats histologiques pour la substance médullaire de cette circonvolution.

Nous ajouterons que nous avons trouvé là aussi, sur plusieurs de nos coupes, des vaisseaux dont la lumière est complètement occupée par un thrombus exclusivement constitué par ces mêmes cellules réduites à un noyau plein, presque sans protoplasma.

Nous remarquons que ces noyaux, malgré l'élection si spéciale et si énergique de la safranine pour les noyaux en général et pour ceux des globules blancs en particulier, sont aussi régulièrement ronds que par le bleu de méthylène ou le carmin.

d. Noyau lenticulaire. — Prises au niveau de l'insula de Reil, les coupes ont présenté une portion de la substance corticale et une portion du noyau lenticulaire.

La substance corticale et la substance médullaire offrent exactement les mêmes lésions qu'ailleurs; nous n'y insisterons pas. Nous

dirons seulement que dans la substance blanche de ces coupes, outre le semis diffus de grains pathologiques, les îlots ou groupes et les traînées de confluence de ces grains sont plus nombreux et de plus grandes dimensions; ce sont les capillaires et les vaisseaux qui semblent diriger les traînées, mais rien ne semble présider à la confluence des îlots, dont la périphérie se fond insensiblement d'ailleurs dans le semis général.

Les cellules nerveuses de la substance corticale paraissent aussi peu déformées qu'ailleurs dans ce point. Celles du noyau central ne semblent pas avoir localisé autour d'elles un foyer de grains, et cependant beaucoup sont malades, car leur noyau est le plus souvent déjeté sur un des bords du corps cellulaire.

Sur ces coupes nous avons rencontré à nouveau plusieurs vaisseaux thrombosés plus ou moins complètement par les grains. La plupart de ces vaisseaux sont entourés par une aire claire qui semble plus large que d'ordinaire; les parois de plusieurs, sur les préparations au carmin, sont épaissies et scléreuses. Enfin, dans les gaines périvasculaires distendues comme nous venons de le dire, on trouve souvent des granulations brunes ou jaunâtres d'origine sanguine. Autour de deux artérioles assez volumineuses, nous avons vu une infiltration de globules rouges s'étendant assez loin dans la substance nerveuse.

e. La *Frontale ascendante droite* avait été tout entière recueillie dans le Müller; nous lui avons appliqué la *méthode de Weigert-Pal* pour voir l'état du réseau *tangentiel superficiel d'Exner*. Sur certaines de nos coupes ce réseau nous paraissait à peu près aussi fourni que d'habitude ou du moins pas sensiblement diminué; mais sur d'autres il nous a semblé notablement diminué et formé de fibres très grêles et beaucoup plus brisées et courtes. Si donc cette altération existe véritablement, elle s'est du moins présentée d'une façon irrégulière et inégale suivant les zones examinées.

f. Cervelet. — Les coupes ne nous ont pas offert la moindre altération ou anomalie d'aucune sorte; nous avons multiplié à dessein les colorations sans rien déceler, ni dans les cellules de Purkinje, ni dans les petites cellules sous-jacentes, ni dans la substance médullaire.

g. Moelle dorsale. — Nous avons traité ces coupes parallèlement au bleu de méthylène et à la safranine. Le bleu de méthylène nous donnait sur la plupart des cellules de la corne antérieure une chromatolyse accentuée; mais aujourd'hui il semble bien que l'on ne doive pas attacher d'importance exagérée à cette altération. D'ailleurs les cellules occupaient toute leur loge, leurs bras bien visibles étaient intacts et très longs, et enfin la safranine nous a mis en évidence des cellules indemnes de toute altération.

Il nous paraît inutile d'insister sur le côté clinique de ces deux observations et sur la légitimité du diagnostic de chorée

héréditaire dans les deux cas. Notre première malade appartenait à la famille Vey... qui compte, comme nous l'avons jadis démontré, comme une des plus typiques parmi les observations publiées. Pour la seconde, les renseignements sont moins étendus, mais en raison de la maladie similaire chez la mère, suffisent à entraîner la conviction. Le seul point sur lequel nous appellerons l'attention est la différence de durée de la maladie dans les deux cas : Adèle Vey... a été choréique pendant plus de vingt ans, tandis que Françoise a commencé à avoir des mouvements environ six ans et demi à sept ans avant sa mort.

Ainsi que nous l'avons dit au début, c'est surtout de l'anatomie pathologique que nous voulons nous occuper ici. Dans l'un et l'autre cas nous avons trouvé du liquide en abondance à l'ouverture de la dure-mère, surtout dans l'observation I, des suffusions sanguines récentes et étendues, soit sous l'arachnoïde, soit dans sa cavité (hématomes), un aspect trouble des méninges molles; de plus, il y avait de la pachyméningite évidente dans le cas de Françoise D... Ce sont là des lésions qui ont été signalées avec assez de constance par les observateurs, mais auxquelles leur banalité dans de nombreuses affections cérébrales enlève toute valeur effective. Elles paraissent secondaires à l'atrophie cérébrale.

Cette atrophie est le caractère macroscopique le plus frappant. Tous les auteurs la signalent plus ou moins explicitement : ceux qui n'ont pas été frappés de cette atrophie en masse de toute la substance cérébrale décrivent cependant l'amincissement des circonvolutions qui en est le corollaire. Chez nos deux malades, l'atrophie était extrêmement marquée, puisque l'encéphale entier d'Adèle Vey..., y compris le bulbe, ne pesait que 950 grammes, et celui de Françoise D... que 980 grammes. Dans un cas de Charcot, rapporté par Huet, le poids de l'encéphale était de 1040 grammes.

Au point de vue microscopique, la lésion très évidente que nous avons observée dans nos deux cas consiste essentiellement en une infiltration diffuse de grains se colorant fortement par le bleu de méthylène, ayant son maximum au niveau des circonvolutions centrales. Cette infiltration est à peine marquée dans la couche granuleuse superficielle, ne se montre nettement que dans la première couche des cellules polygonales, atteint

son maximum au niveau des grandes cellules pyramidales, se continue plus ou moins marquée dans la substance blanche sous-jacente, suivant les régions.

Dans notre deuxième cas, nous avons constaté une augmentation des cellules de la névroglie et un début de réaction névroglique que nous considérons comme secondaires à cette infiltration par les grains.

Les tuniques des vaisseaux ne présentent pas de réaction inflammatoire, au moins dans notre premier cas, ce qui suffit à différencier les lésions observées de celles du cerveau infectieux telles que les a décrites récemment Lévy [1] et avec lesquelles elles n'ont qu'une ressemblance superficielle. Il n'y a le plus souvent qu'une infiltration de la gaine périvasculaire sans formation de thromboses.

Le point sur lequel nous désirons surtout appeler l'attention est l'infiltration par les grains de l'espace péricellulaire des grandes cellules pyramidales : chacune de celles-ci a, dans sa loge, de trois à six de ces noyaux qui la dépriment et la déforment sans cependant la pénétrer. Les cellules elles-mêmes ne nous ont paru présenter que des altérations insignifiantes (Obs. I) ou même se sont montrées complètement indemnes (Obs. II où la lésion interstitielle est cependant plus accentuée) : il n'y avait ni dans l'un ni dans l'autre cas d'apparence de chromatolyse.

Nous avons noté dans certains points une diminution des fibres tangentielles d'Exner. Le cervelet était indemne. Enfin, il existait des lésions diffuses, mais légères, de la moelle, surtout dans les faisceaux antéro-latéraux.

Il nous reste maintenant à comparer les lésions que nous avons décrites avec celles qui ont été trouvées par nos devanciers. La plupart des observations publiées par Golgi, Berkley, Huet, etc., sont inutilisables à notre point de vue, soit parce qu'il n'a pas été fait d'examen microscopique, soit parce qu'elles ont été recueillies il y a longtemps déjà et sans qu'il y soit fait mention de la notion d'hérédité.

Plus importants sont les faits de Cirincione et Mirto [2], de

1. Lévy, *Presse médicale*, 1896.
2. Cirincione et Mirto, *Psychiatria*, VII, nos 3 et 4.

Klebs[1], de Greppin[2], d'Oppenheim et Hoppe[3], etc. Dans le cas de Cirincione et Mirto (que nous n'avons pu lire dans l'original et que nous citons d'après Reynolsd[4]) on aurait trouvé de l'atrophie de la substance corticale du cerveau avec méningite et petits foyers ramollis, dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle et du faisceau cérébelleux direct.

Beaucoup plus intéressant est déjà le cas de Klebs, bien que la relation publiée dans une étude générale sur l'inflammation soit un peu écourtée. Il s'agissait d'un des malades de Huber (histoire familiale comprenant dix malades) ayant succombé à l'asile de Rheinau. Pachyméningite hémorragique étendue avec diminution du volume du cerveau qui paraît surtout porter sur la substance blanche. On trouve dans celle-ci de petits foyers plus ou moins nettement limités constitués par des cellules volumineuses au nombre de trois à quatre et par beaucoup de petites cellules à gros noyau. Pour Klebs, il ne s'agit pas là de leucocytes émigrés, mais de noyaux provenant d'une hyperplasie névroglique. Il y avait en outre des thromboses dans les vaisseaux de la substance blanche, de l'atrophie de certains tubes nerveux avec épaississement d'autres par places. Klebs n'attribue pas de caractères spécifiques à ces lésions.

Dans le cas de Greppin, qui a été étudié avec le plus grand soin, il y avait des lésions de pachyméningite et de leptoméningite auxquelles l'auteur n'attache pas d'importance; pas d'atrophie du cerveau. L'examen microscopique montre de nombreux petits foyers, plus ou moins bien circonscrits et volumineux, constitués par des cellules à protoplasma peu marqué et à gros noyau avec un nucléole assez gros. On les trouvait surtout dans les circonvolutions et dans la substance blanche sous-jacente, moins nombreux dans les ganglions de la base, le pont de Varole et la moelle allongée. Ils occupaient surtout les espaces péricellulaires en nombre considérable et les gaines périvasculaires. Greppin n'attribue pas à ces cellules une origine leucocytique; mais se basant sur les recherches de Fridmann, de Boll,

1. Klebs, *Correspondenzbl. f. Schweizer Aertze*, 1888.
2. Greppin, *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. XXIV, 1892.
3. Oppenheim et Hoppe, *Arch. f. Psychiatrie*, Bb. XXV, 1893.
4. Reynolds, *Medical Chronicle*, 1892.

de Jastrowitz, de Hayem, il pense qu'il s'agit là d'une prolifération des éléments fixes du tissu conjonctif.

Hoppenheim et Hoppe font remarquer que l'expression de « foyers » employée par Greppin n'est pas tout à fait exacte en ce sens que c'est seulement au microscope qu'on pouvait apercevoir quelques cellules agglomérées, surtout dans les espaces péricellulaires, localisation à laquelle Greppin attache avec raison une très grande importance.

Au contraire, dans les deux cas observés par ces derniers auteurs, il y a bien des foyers d'encéphalite, déjà visibles à l'examen microscopique, où l'inflammation a parfois le caractère hémorragique, et qui ont, par places, de la tendance à passer à l'état scléreux (noyau lenticulaire d'un côté). Macroscopiquement ces cas présentaient une évidente atrophie des circonvolutions centrales, pariétales et occipitales, que les auteurs, sans se prononcer nettement sur ce point, paraissent vouloir attribuer à la disparition des petites cellules de la deuxième couche de l'écorce. Ils donnent, en effet, un dessin comparatif avec une coupe normale où cette disparition, qui est poussée très loin, est bien figurée. Il est à noter qu'on retrouve sur cette figure la lésion indiquée par Greppin, c'est-à-dire l'infiltration par des noyaux des espaces péricellulaires, bien que les auteurs n'y fassent pas allusion dans leur mémoire.

Les petits foyers d'encéphalite siègent soit dans l'écorce, soit dans les régions sous-corticales. Les cellules elles-mêmes et leurs prolongements à myéline ne paraissent pas malades. Dans la moelle on trouve une prolifération névroglique et un processus scléreux sans systématisation, marqué surtout autour des cornes antérieures, mais s'étendant irrégulièrement aux faisceaux antérieurs, pyramidaux, etc. En résumé, Oppenheim et Hoppe concluent à l'existence d'une encéphalite miliaire disséminée, corticale et sous-corticale, comme le substratum de la chorée chronique progressive héréditaire.

Nous avons laissé de côté un cas de Hoffmann[1] où il s'agissait de chorée héréditaire compliquée d'épilepsie et de syringomyélie et où la complexité des lésions (pachyméningite tuberculeuse, gliome du renflement cervical, etc.) s'oppose à une appréciation

1. Hoffmann, *Deutsche Zeits. f. Nervenheilkunde*, 1892.

exacte de ce qui ressort à la chorée. Mais nous devons signaler une observation de Menzies[1] et une de Osler[2]. Dans le cas de Menzies (le mémoire a trait à deux histoires familiales), il existait un peu d'augmentation de la névroglie dans la couche la plus superficielle de l'écorce, un épaississement des vaisseaux, une dégénération des cellules dans toutes les couches, une diminution des cellules de la colonne de Clarke, de la dégénérescence du faisceau de Gowers et, à la région cervicale, des cordons postérieurs.

Dans le cas de Osler il y avait des altérations diffuses de nature dégénérative; les vaisseaux, la névroglie, la substance nerveuse étaient atteints et leurs lésions comparables à celles de la démence paralytique, quoique un peu moins marquées. Quant au fait publié par Wharton Sinkler[3], nous avons dit ailleurs qu'il n'était pas utilisable.

Kronthal et Kalischer ont publié, à trois ans de distance, deux cas bien étudiés[4] dans lesquels il y avait des modifications de la pie-mère, de l'atrophie des circonvolutions, une infiltration de l'écorce par de nombreuses petites cellules, surtout au niveau des première et deuxième couches, qui formaient par places de petits foyers sans relations directes avec les vaisseaux et sans retentissement marqué sur les tissus environnants, des modifications sans importance des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale et des cornes médullaires, une dégénérescence diffuse des cordons blancs médullaires. Ils admettent en résumé que les cellules nerveuses sont peu atteintes et que la lésion est surtout vasculaire et interstitielle.

Un cas de Dana[5] ne nous paraît pas devoir être utilisé ici, bien qu'il soit rapporté par les auteurs précédents. Il s'agissait d'un cas de chorée de Sydenham ayant débuté à quatorze ans, ayant récidivé à plusieurs reprises : la mort survint subitement à trente-quatre ans, au cours d'une nouvelle atteinte. A l'autop-

1. Menzies, *Journal of nervous and mental diseases*, octobre 1892 et janvier 1893.
2. Osler, *ibid.*, février 1893.
3. W. Sinkler, *New-York med. Record*, 1892,
4. Kronthal et Kalischer, *Neurol. Centralb.*, nos 19 et 20, 1892. — *Virchow's Archiv*, t. CXXXIX, 1895.
5. Dana, *Am. Journ. of med. sc.*, janv. 1895.

sie, méningite, corps hyalins, présence de diplocoques dans l'écorce. Mais dans un autre cas [1], il s'agit bien d'une chorée de Huntington ayant débuté à trente-trois ans chez un malade qui mourut à trente-sept ans de fièvre typhoïde. Le cerveau présentait quelques anomalies : un amincissement général de la substance grise, surtout au niveau des circonvolutions centrales. Au point de vue microscopique, il y a peu ou pas de lésions vasculaires : les lésions sont marquées surtout au niveau des cellules nerveuses, qui ont disparu dans la première couche, manquent en partie dans la deuxième et la troisième, sont ratatinées et granuleuses dans la quatrième. Il serait possible, a notre avis, que ces lésions fussent artificielles et en rapport avec un durcissement défectueux. Dans les parties atteintes on trouve des noyaux entourant les cellules nerveuses : celles-ci ont toutes de une à trois cellules migratrices dans l'espace péricellulaire.

Enfin, tout récemment, Mitchell Clarke [2] a rapporté deux observations de chorée de Huntington, dont l'une avec autopsie. Il n'y avait pas de lésions des méninges; la substance grise amincie semblait partagée en trois couches dont l'intermédiaire était plus claire. Les petites cellules pyramidales des deuxième et troisième couches, surtout dans les lobes frontaux et les régions motrices, présentaient une apparence ratatinée. Vaisseaux relativement sains, avec infiltration des gaines dans les régions motrices et de petites hémorragies par places. Les cellules interstitielles de la névroglie paraissent en nombre anormal : sur les préparations au nitrate d'argent, elles paraissent comme attachées aux cellules pyramidales. Rien dans la moelle épinière.

On voit par tout cela que les lésions décrites dans la chorée chronique héréditaire sont un peu disparates et ont été interprétées différemment par les auteurs. Le fait qui se dégage cependant de toutes ces observations, aussi bien que des nôtres, c'est que la lésion est avant tout interstitielle, tout en n'étant pas d'origine vasculaire. Seuls Oppenheim et Hoppe, Menzies, Dana, ont décrit des lésions des cellules nerveuses dont ils ont d'ailleurs diversement apprécié l'importance.

La plupart des auteurs ont considéré ces lésions interstitielles

1. Dana, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, vol. XX.
2. M. Clarke *Brain* nos 79 et 78, juillet 1897.

comme une véritable encéphalite diffuse : nous avons vu qu'Oppenheim et Hoppe avaient le plus nettement exprimé cette idée qu'une encéphalite miliaire disséminée, corticale et sous-corticale, était le substratum anatomique de la chorée de Huntington.

Pour d'autres cependant, la lésion serait moins une inflammation qu'une malformation primordiale des éléments interstitiels ou des cellules elles-mêmes. Greppin notamment a longuement soutenu cette opinion qu'il s'agit de cellules « épithélioïdes » du tissu conjonctif qui sont restées à l'état embryonnaire et qui, en se développant à une époque avancée de la vie, deviennent le point de départ de la maladie. Dana pense aussi que la maladie est due au développement tardif d'une lésion d'ordre tératologique : il s'agirait de cellules nerveuses qui ne sont pas faites pour vivre au delà d'un nombre déterminé d'années, en raison d'un vice de développement congénital.

C'est à une opinion de même ordre que nous nous rattachons. Nous pensons tout d'abord qu'il y a lieu de distinguer l'hérédité similaire de l'hérédité névropathique simple : cette dernière n'a, en effet, que la signification de prédisposition du système nerveux aux maladies, tandis que l'hérédité similaire a la signification de malformations tératologiques. *L'hérédité similaire fait les maladies familiales* qui apparaissent soit dans le jeune âge, comme la maladie de Thomsen, la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, soit à un âge variable, comme la chorée de Huntington, certains cas d'atrophie musculaire, de sclérose en plaques familiale.

Aussi a-t-on pu remarquer que nous avons évité de nous servir du terme encéphalite pour désigner les lésions que nous avons observées. Celles-ci n'ont avec les lésions inflammatoires du cerveau qu'une ressemblance lointaine, analogue à celle de la maladie de Friedreich avec le tabes dorsal. On conçoit mal cette inflammation chez l'individu qui sera frappé, à un âge plus ou moins avancé, d'une de ces maladies familiales et qui doit en porter en lui, dès la naissance, l'altération causale, ou du moins les conditions de réalisation, pour employer un terme plus général. Il n'est guère possible de croire que dans ces maladies familiales la lésion apparaisse au moment même où le syndrome clinique se développe.

Nous sommes donc amenés à penser, pour expliquer les lé-

sions observées, qu'il s'agit d'une véritable malformation héréditaire, transmissible congénitalement, de la névroglie cérébrale, surtout de la substance corticale. Et nous expliquons l'apparition plus ou moins tardive des manifestations symptomatiques dans ces maladies familiales par l'accentuation progressive de la malformation tératologique qui finit par lui donner l'apparence d'une lésion acquise (toxique, infectieuse, etc.) et qui gêne alors le fonctionnement des éléments nerveux élevés.

En ce qui concerne la chorée héréditaire, la malformation tératologique de la névroglie, l'infiltration de l'écorce par les granulations caractéristiques, ne commence à donner des symptômes que le jour où par son développement graduel elle a envahi les espaces péricellulaires et détermine du mouvement dans les régions motrices, des troubles psychiques dans les régions cérébrales antérieures. Du reste, on peut admettre également avec Dana que les cellules pyramidales elles-mêmes ont une tare originelle héréditaire et qu'elles offrent une résistance moindre aux excitations qui les atteignent, et cette hypothèse répond par avance aux cas où on pourrait observer des lésions analogues à celles qui ont été décrites par Greppin, par Dana, par Clarke, etc., et par nous, sans qu'il se soit produit cliniquement de mouvements choréiformes.

Un point important manque à notre démonstration : l'argument décisif serait de trouver chez un individu appartenant à une famille de choréiques héréditaires, avant l'apparition de tout mouvement anormal, le début de ces altérations dont nous venons de montrer l'importance. Nous ne désespérons pas d'apporter un jour au débat cette démonstration, qui serait péremptoire.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer une fois de plus combien il est irrationnel d'englober dans le même cadre tous les cas de chorée chronique. Certes, en dernière analyse, les mouvements choréiques reconnaissent toujours comme cause une irritation des neurones moteurs par une lésion qui les excite sans les détruire. Il ne nous semble pas cependant qu'il y ait de parité à établir entre les grosses lésions macroscopiques des chorées dites congénitales de la première enfance, des chorées symptomatiques d'altérations grossières du cerveau, etc., et les fines altérations que nous venons d'étudier sans avoir la prétention d'avoir résolu tous les problèmes qu'elles soulèvent.

MM. Rispal et Baylac. — *Note sur la toxicité urinaire dans la Chorée chronique héréditaire.*

L'étude des poisons urinaires au cours des maladies du système nerveux a fait dans ces dernières années l'objet d'un grand nombre de travaux. A côté des modifications chimiques apportées à la constitution de l'urine, on a essayé d'évaluer les oscillations de la toxicité urinaire, aussi bien dans les maladies organiques du système nerveux que dans les névroses.

Il est cependant une affection chronique des centres nerveux dont l'étude, à ce point de vue particulier, semble avoir été complètement négligée : nous voulons parler de la chorée chronique héréditaire ou maladie d'Huntington. C'est là une lacune que nous avons essayé de combler et c'est le résultat de nos recherches que nous désirons vous communiquer.

Il s'agit d'un malade qui a été déjà présenté devant la Société de médecine de Toulouse en 1891, et dont l'observation clinique a été publiée par l'un de nous dans les Bulletins de cette Société ; aussi nous bornerons-nous à rappeler brièvement les seuls renseignements nécessaires pour établir le diagnostic.

C'est un homme de quarante-cinq ans, dont le grand-père paternel a été atteint de chorée vers l'âge de quarante ans; un oncle paternel fut frappé également de cette maladie vers le même âge; enfin, son père devint choréique à l'âge de trente-cinq ans et se suicida à cinquante-deux ans. Chez notre sujet, la maladie a débuté à l'âge de trente-cinq ans et n'a fait que progresser depuis cette époque. Il se trouve actuellement à l'hospice de la Grave, dans le service de l'un de nous, présente le tableau classique de la chorée généralisée avec une diminution notable des facultés intellectuelles et morales.

Sans insister davantage sur la description clinique, on peut affirmer qu'il s'agit d'un exemple de chorée chronique et progressive avec hérédité similaire.

Après avoir pratiqué à différentes reprises l'analyse chimique des urines de ce malade, nous avons également essayé de déterminer le degré de la toxicité urinaire.

Nous ne rapporterons pas en détail les nombreuses analyses d'urines qui ont été effectuées, et nous nous bornerons seule-

ment à constater, dans leur composition chimique, l'existence de deux faits particuliers : à savoir une légère exagération dans l'élimination des chlorures et surtout l'inversion de la formule normale des phosphates alcalins et terreux qui a été notée d'une façon constante.

Nous avons enfin pratiqué une série d'expériences relatives à la toxicité immédiate des urines de ce malade, en nous plaçant dans les conditions ordinaires et en utilisant la technique classique employée en pareil cas. Sans relater ici le détail des diverses expériences, nous consignerons seulement les résultats obtenus : c'est ainsi que nous avons vu le coefficient urotoxique varier entre les chiffres de 0,285 et 0,279.

Or, de nombreuses expériences ont démontré à M. Bouchard que ce coefficient urotoxique était généralement de 0,461 et qu'il variait fort peu à l'état normal.

On voit donc, d'après nos expériences, que le chiffre du coefficient urotoxique chez notre malade est très sensiblement inférieur à la normale, puisqu'il dépasse à peine la moitié du chiffre physiologique.

Nous sommes donc amenés à considérer les urines de ce malade comme nettement hypotoxiques.

Bien que ce résultat soit en contradiction absolue avec celui obtenu par M. Carrière [1] (de Bordeaux), le seul auteur qui, à notre connaissance, ait étudié cette question particulière, nous le croyons à l'abri de toute critique, car nous nous sommes placés dans les meilleures conditions possibles afin d'échapper à toute cause d'erreur, et nous pouvons affirmer chez notre malade un abaissement notable de la toxicité urinaire.

MM. Sabrazès et Lamacq. — *Pathogénie des borborygmes rythmés.*

Dans une leçon publiée en 1895, notre maître, M. le professeur Pitres, a si bien étudié les borborygmes hystériques rythmés par les mouvements du diaphragme, qu'on peut actuellement considérer l'histoire clinique de ces bruits comme défini-

1. Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux (10 mai 1897).

tivement acquise à la science. Un point restait cependant en litige : le siège exact de ces bruits. « Il est impossible, disait M. Pitres, d'affirmer aujourd'hui avec certitude si c'est dans l'estomac ou le gros intestin que prennent naissance les borborygmes rythmés, mais il est plus probable que c'est, habituellement, dans l'estomac. »

Une observation dont nous rapporterons les principaux traits nous a permis de combler cette lacune.

Il s'agit d'une jeune fille L..., âgée de dix-sept ans, qui se présente à l'un de nous, à la consultation de l'hôpital Saint-André, parce qu'elle est très incommodée, depuis deux ans, par des bruits violents et rythmés qui apparaissent après les repas au niveau de l'abdomen. Sa timidité naturelle est accrue par l'intensité des borborygmes que tout le monde entend, à une grande distance autour d'elle ; elle est, de plus, très inquiète et en proie à des troubles nerveux, surtout avant l'apparition des règles ; elle devient irritable, éprouve des douleurs vives dans l'hypocondre gauche, se débat, pousse des cris prolongés ; en même temps, les bruits abdominaux s'exagèrent. Exception faite de ces troubles et d'une fièvre typhoïde légère, il y a quatre ans, la santé de cette jeune fille a toujours été assez bonne. Un grand-père a eu des accès d'asthme. Des accidents nerveux convulsifs, émotionnels, ont existé chez une de ses sœurs et chez une de ses tantes.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux ou trois ans. L... mangeait très vite ; ses digestions étaient pénibles et son ventre se ballonnait, devenant le siège de gargouillements fréquents.

Les borborygmes rythmés ont apparu, il y a deux ans, sans cause connue, et se sont progressivement accentués ; ils éclataient aussitôt après les repas ; leur faible intensité les rendait, dans les premiers temps, difficilement perceptibles pour l'entourage. Ils persistent maintenant même dans la station assise ; pendant la marche, ils deviennent si bruyants qu'ils attirent l'attention des passants, à la grande confusion de la jeune fille.

En octobre 1896, au moment où nous procédons à l'examen, on entend un bruit de borborygme très violent, à deux temps, rythmé par la respiration, rappelant ce que M. le professeur Pitres a désigné sous le nom de *raclement profond*. La malade

étant à découvert, on voit l'abdomen volumineux et tombant, en forme de gourde, tandis que la dépression sterno-épigastrique est très marquée. Le périmètre de l'abdomen, au point le plus culminant est de 96 centimètres; la moitié gauche est moins saillante que la droite.

Le type respiratoire est purement *abdominal;* la moitié gauche du ventre se soulève plus que la droite. Le nombre des respirations est de 35 par minute. On n'observe pas de péristaltisme gastrique apparent.

A chaque mouvement de va-et-vient du diaphragme correspond un bruit qui est plus bref pendant l'expiration; de plus, le creux épigastrique se déprime activement pendant l'inspiration, et la malade y éprouve la sensation d'une « boule qui descend et qui monte », suivant son expression, si bien que lorsque les bruits abdominaux ne sont pas entendus extérieurement, elle les « ressent intérieurement. » La dépression active du creux épigastrique marque le début de l'inspiration; elle coïncide avec l'expansion inspiratoire de l'abdomen; elle correspond manifestement à une contraction brusque du diaphragme et à un retrait parallèle de la région xiphoïdienne où s'insèrent les faisceaux antérieurs de ce muscle. On ne saurait confondre cette rétraction *active* avec le tirage *passif* symptomatique des sténoses du larynx et des lésions du nerf phrénique.

La main appliquée au-devant de la région gastrique perçoit, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, un frémissement ondulatoire qui coïncide parfaitement avec chaque bruit de borborygme. Ce frémissement est orienté de haut en bas dans l'inspiration et en sens contraire dans l'expiration. Il est exclusivement confiné dans la zone de sonorité stomacale où le passage du borborygme détermine un tympanisme aigu, transitoire et brusque, mis facilement en évidence par la percussion.

La pression est douloureuse dans la partie supérieure gauche de l'abdomen; à quatre travers de doigt à gauche de l'ombilic est un point dont la pression profonde est particulièrement pénible. Les parois abdominales sont surchargées de tissu adipeux.

L'accélération des mouvements respiratoires, les émotions, la course ou la marche rapide augmentent l'intensité et le nombre des bruits de borborygme qui se montrent immédiatement

après les repas et ne cessent qu'au bout de cinq à six heures, sans aucune expulsion de gaz. Ces borborygmes s'atténuent quand L... est assise; ils disparaissent quand elle parle ou qu'elle cesse de respirer, ce qu'elle ne peut faire pendant plus d'un huitième de minute. Lorsque le corset est enlevé, les bruits peuvent cesser, mais, ils reparaissent malgré tout pendant la marche et après les repas.

Dans la station debout, on constate que le bruit inspiratoire le plus prolongé dure environ deux secondes; il a pour point de départ la partie supérieure de l'estomac; il va diminuant de haut en bas vers l'ombilic. Le second bruit est beaucoup plus court, il dure une demi-seconde; il est aussi moins intense et a le timbre d'une éructation (sans qu'il y ait issue de gaz).

A l'auscultation, on trouve ces bruits très amplifiés; leur maximum siège dans la région de l'estomac. En dehors de la région gastrique, on les entend comme un écho dans tout l'abdomen.

La percussion permet de délimiter exactement l'estomac; il est biloculaire; l'étranglement se trouve à deux travers de doigt à droite et à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La biloculation, très marquée dans la station debout, s'efface lorsqu'on place la malade dans le décubitus dorsal : la hauteur de la zone de sonorité gastrique augmente dans ces conditions et va *s'étalant en haut, à droite de la ligne sterno-ombilicale.*

La malade étant couchée, les bruits de borborygme cessent de se faire entendre.

L'espace sonore gastrique mesure, à jeun, sur la ligne mamelonnaire, 17 centimètres; transversalement, 26 centimètres; sur la ligne sterno-ombilicale, 15 centimètres. La limite supérieure de la sonorité atteint à gauche la cinquième côte. On provoque un bruit de clapotage très marqué quatre heures après les repas.

La malade n'est pas habituellement constipée; elle a parfois des vomissements après les repas, mais jamais d'hématémèses.

Le contenu de l'estomac a été examiné à deux reprises, trois heures et cinq heures après le repas d'Ewald. Le résidu était plus abondant que normalement; on n'y trouvait pas d'acide chlorhydrique libre; la teneur en acide chlorhydrique combiné était faible, la réaction de l'acide lactique très nette.

Sous l'influence de l'antisepsie gastro-intestinale, il y a eu un peu d'atténuation des borborygmes.

Du côté des autres organes, on ne relève rien de particulier, abstraction faite de quelques troubles du système nerveux que nous mentionnerons plus loin.

Plus heureux que M. Bouveret[1], nous avons pu explorer l'estomac de notre malade. Si, au moyen d'une sonde œsophagienne, on le vide complètement, on constate à la disparition intégrale des borborygmes; mais l'ingestion des aliments ne tarde pas à s'accompagner des mêmes bruits rythmés.

La sonde étant en place, si on laisse échapper les gaz contenus dans l'estomac, tout bruit cesse. Si on insuffle alors un peu d'air, les borborygmes renaissent et s'accentuent progressivement quand on continue l'insufflation; si celle-ci est poussée trop loin, jusqu'au ballonnement intense, ils disparaissent à nouveau.

L'estomac, préalablement vidé, reçoit une certaine quantité d'eau, on n'entend aucun bruit; mais si on insuffle ensuite un peu d'air, les borborygmes apparaissent aussitôt. Ces résultats ont été contrôlés par M. le professeur Pitres.

Introduisons dans l'estomac une sonde reliée à un manomètre inscripteur : le raclement inspiratoire correspond à une pression positive, et le bruit expiratoire à une aspiration de la colonne manométrique.

Les oscillations du manomètre sont d'autant plus amples que les borborygmes sont plus bruyants; or, leur intensité augmente quand la malade fixe son attention sur eux.

Nous laissons échapper par la sonde les gaz de l'estomac — résultant de fermentations anormales — les borborygmes cessent et avec eux les oscillations du manomètre.

Ces borborygmes sont la traduction extérieure d'un état de contraction spasmodique du diaphragme. Ce spasme rythmique — démontré par l'augmentation du nombre des mouvements respiratoires (trente-cinq par minute), par le retrait actif de l'épigastre coïncidant avec l'expansion inspiratoire de l'abdomen, enfin par les oscillations du manomètre inscripteur battant, pour ainsi dire, à l'unisson des mouvements respiratoi-

1. *In* thèse de Chapotot, Lyon 1891, numéro 629.

res — n'est, en somme, qu'un cas particulier, comme l'a établi M. le professeur Pitres, du vaste groupe des spasmes rhytmiques d'origine névropathique ; il s'exagère sous l'influence des émotions, il est accompagné d'un cortège imposant de stigmates hystériques : rétrécissement concentrique du champ visuel, crise de sanglots, ovarie, état mental particulier.

L'importance du rôle joué par le diaphragme dans la genèse des borborygmes ressort, en outre, très clairement de l'observation de sujets, en apparence normaux, qui ont la singulière propriété de produire *ad libitum*, pendant la période de réplétion de l'estomac, des bruits de ce genre. La sœur de notre malade est précisément dans ce cas ; il lui suffit de contracter violemment le diaphragme pour que l'estomac devienne sonore.

Sans doute, les contractions brusques du diaphragme jouent un rôle essentiel dans le déterminisme du phénomène que nous étudions ; mais si, à elles seules, elles suffisaient à occasionner ces bruits, on ne comprendrait pas pourquoi tout le monde ne serait pas capable de les reproduire artificiellement. Or, les rares sujets qui jouissent de ce singulier privilège présentent, du côté de l'estomac, des conditions éminemment favorables à l'apparition de ces bruits ; ce sont ces mêmes conditions que l'on retrouve, à un degré plus accusé, chez les malades atteints de borborygmes spontanés.

La biloculation de l'estomac, entretenue par la ptose de la région pylorique[1], prédispose au premier chef à l'éclosion des borborygmes. Dans notre cas, la forme de la zone de sonorité stomacale, l'effacement, dans la station debout, de la petite tubérosité et de la région pylorique, qui subissent un mouvement de déplacement en bas et de bascule en avant, plaident en faveur d'une *dislocation de l'estomac*. Cet organe est, en outre, manifestement dilaté. Lorsqu'on redresse la partie droite de l'estomac ainsi coudée et déplacée, soit par le soulèvement bi-manuel de l'abdomen de bas en haut et de gauche à droite, soit par l'application et le port d'une sangle de M. Fr. Glénard *enserrant étroitement la totalité de l'abdomen*, les borborygmes disparaissent instantanément et leur cessation dure aussi longtemps que

1. MM. Bouveret et Chapotot, *loc. cit.*, ont montré la part qui revient au corset dans ces déplacements.

l'application de la sangle. On remédie de cette façon à la ptose et à ses conséquences; de plus, on augmente peut-être ainsi outre mesure la tension des gaz dans la cavité gastrique, autre condition qui empêche la production des borborygmes.

Gastroptose avec biloculation, insuffisance motrice de l'estomac avec ralentissement des processus digestifs, rétention avec fermentations anormales et dyspepsie douloureuse, tels sont les facteurs qui concourent, avec le spasme rythmique du diaphragme, à provoquer l'apparition des borborygmes. On peut, du reste, les reproduire expérimentalement, à l'exemple de M. Fr. Glénard et de M. Pitres. Il faut, pour cela, couder un estomac en son milieu, y ménager un étranglement et y introduire de l'air sous une tension *moyenne;* après quoi. on place une ligature sur le cardia et sur le pylore. En comprimant brusquement une des loges gastriques ainsi limitées, on fait passer les gaz dans la loge opposée; la coudure joue le rôle d'anche; on obtient ainsi des raclements tout à fait caractéristiques. La présence d'un peu de liquide dans l'estomac renforce considérablement l'intensité des vibrations de l'air circulant et modifie aussi la tonalité et le timbre des bruits, si bien qu'une pression relativement faible exercée par la main — représentant les contractions du diaphragme — suffit alors pour réaliser des borborygmes. Encore faut-il que cette pression ait une certaine brusquerie, ce qui montre, une fois de plus, l'importance, sur le vivant, d'un état spasmodique du diaphragme dans le mécanisme de production de ces bruits.

En résumé :

Les contractions spasmodiques du diaphragme jouent un rôle essentiel dans la genèse des borborygmes rythmés.

L'estomac est tombant, biloculaire; il contient des liquides et des gaz provenant de fermentations anormales : les bruits rythmés n'existent pas sans eux.

Ces bruits sont d'*origine gastrique.*

L'état névropathique des malades suscite l'apparition du spasme phrénique.

En emprisonnant l'abdomen dans une sangle, on redresse la coudure gastrique et on exerce une compression énergique sur l'estomac; dans ces conditions, les borborygmes cessent de se faire entendre, et on obtient la guérison radicale de phénomènes

morbides qui duraient depuis plusieurs années et qui troublaient profondément l'existence des malades.

MM. Em. Noguès et Sirol. — *Spasme expiratoire laryngé paroxystique.*

La simple observation que nous avons l'honneur de communiquer au Congrès nous a paru avoir quelque intérêt, en raison surtout de la difficulté que nous semble présenter le diagnostic étiologique des crises respiratoires qui se manifestent chez notre malade.

Il s'agit d'un ancien gendarme dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents.

Ses parents n'ont eu aucune affection nerveuse ou autre. Il a cinq frères ou sœurs qui se portent très bien. Quant à lui, il n'a jamais été malade, et pendant toute la durée de son service militaire, qui a été fort longue, de 1867 à 1873, il n'a pas gardé le lit un seul jour.

Il avoue cependant qu'il est légèrement nerveux, impressionnable, et que de tout temps la plus légère admonestation de ses chefs le troublait, l'émouvait plus qu'il ne convenait.

Il prend sa retraite et continue à se bien porter jusqu'en septembre 1895.

A cette époque, à la suite d'une émotion, il est brusquement pris d'étouffements, et il raconte qu'il a eu très grand peur de mourir à ce moment. Cette première crise dura vingt secondes environ. Elle le laissa très fatigué et très effrayé.

Depuis cette époque, il a de douze à dix-huit crises par jour et quatre ou cinq par nuit. Les crises nocturnes éveillent le malade, mais il se rendort quelques minutes après.

L... se présente à la consultation de la Policlinique de Toulouse le 13 décembre 1895, où nous le voyons pour la première fois.

C'est un homme d'apparence robuste, vigoureux, à la physionomie calme et placide, qui ne produit pas l'impression d'un névropathe, voire même d'un émotif. Cependant, il est, paraît-il, assez ému, puisque devant nous il a une crise, alors qu'il en

avait eu une quelques instants avant, en attendant son tour d'entrer dans notre cabinet. Or, les accès se reproduisent à périodes assez fixes, toutes les heures environ.

Description de l'accès. — Quelques minutes avant que la crise se produise, le malade éprouve une sorte de malaise caractérisé par de l'angoisse. « J'éprouve, dit-il, un sentiment de tristesse, comme si un malheur allait m'arriver. » De plus,



il a, au niveau des ailes du nez, une sensation qu'il ne peut définir, et, enfin, il lui semble qu'un corps étranger, de la grosseur d'un poing, lui monte du creux épigastrique à la gorge. Il rejette alors sa tête en arrière et la crise commence. Elle est constituée par une expiration prolongée, précédée soit d'un gémissement rauque, soit d'un sifflement dont l'intensité décroît à mesure que l'accès se prolonge. La face est congestionnée, turgescente, violacée. La gêne circulatoire est intense. La cage thoracique est immobilisée par une sorte de tétanisation des muscles expirateurs; les paupières sont demi-closes, les yeux ne sont pas convulsés, la bouche est ouverte, les lèvres sont cyanosées, la langue ne sort pas hors de la bouche et est immobile. Cet état dure de quinze à vingt secondes, puis il se produit une forte inspiration, la face se décongestionne, la bouche se ferme, les yeux s'ouvrent. L... reste encore quelques secondes sans

parler, puis il dit : « C'est fini », et la crise est en effet terminée sans qu'il y ait eu un seul instant perte de connaissance ou sensation vertigineuse. Le malade se rappelle toutes les phases de sa crise, et lorsque celle-ci le prend dans la rue, il se gare des voitures et entre, quand il le peut, dans un corridor, pour en attendre la fin. D'autres fois, lorsqu'il n'en a pas le temps, il sort son mouchoir de sa poche et le place sur son visage pour que, dit-il, on ne le remarque pas. Il se rappelle que lorsqu'il n'a pas eu le temps de se cacher, les passants se sont arrêtés pour le regarder, ce qui lui a été très désagréable.

Il ne s'est jamais produit de raideur musculaire. Pas d'émission involontaire d'urine ou de matières fécales, pas d'ecchymoses des paupières ou des conjonctives, jamais d'hémorragies d'aucune espèce.

Il n'existe pas non plus de pâleur de la face au début de l'accès.

L... n'est nullement fatigué après celui-ci ; s'il est en course, il ne s'arrête pas et ne ressent pas le besoin de se reposer.

Lorsque la crise se produit pendant la nuit, L... se réveille, mais il se rendort presque aussitôt. Il a presque toujours un accès en se mettant au lit.

La santé générale est bonne. Rien du côté du cœur et des vaisseaux.

Pas de troubles de la sensibilité sous aucun mode.

L'examen campimétrique n'a pas donné de résultats mauvais : il n'y a pas de rétrécissement concentrique.

Pas de troubles oculaires.

Les réflexes tendineux sont normaux.

L... est soumis, le 13 décembre 1895, au traitement bromuré à dose progressive et alternante, suivant la méthode de Charcot. Il arrive sans être incommodé à la dose de 8 grammes par jour. Hydrothérapie, strychnine.

Le 22 janvier 1896, le malade accuse une légère diminution du nombre des crises ; mais aujourd'hui, malgré la continuation du traitement bromuré et des douches, ce nombre est ce qu'il était avant le traitement. L... prétend cependant que les accès sont un peu moins longs.

Nous avons perdu de vue notre malade pendant près d'une

année. Il y a quelques semaines, il vient nous revoir, et il nous raconte que les crises ne se sont en rien modifiées.

Le nombre en est toujours à peu près le même, c'est-à-dire douze à quinze par jour et quatre ou cinq par nuit.

L... a repris souvent du bromure pendant cette dernière année sans que celui-ci ait modifié le nombre, la durée et l'intensité des crises.

Telle est l'histoire clinique de notre malade. Nous avons vainement recherché une observation analogue, ou à peu près analogue, dans les publications neurologiques ou dans les ouvrages spéciaux de laryngologie.

Avons-nous affaire à un état symptomatique d'une lésion organique ou à un syndrome spécial ne ressortissant d'aucune autre maladie? C'est ce que nous allons essayer de rechercher.

Le spasme de la glotte, accompagné ou non de phénomènes spasmodiques du côté du diaphragme et des muscles de la respiration, est un symptôme qui se rencontre dans diverses affections : tabes, hystérie, épilepsie, chorée, adénopathie bronchique, lésion des récurrents, croup, laryngite striduleuse, corps étrangers, etc.

Nous devons écarter tout d'abord les formes secondaires de spasmes de la glotte, consécutives, soit à l'introduction de corps étrangers dans le larynx, soit à une lésion de cet organe. L'examen laryngoscopique qui a été fait par notre excellent confrère et ami le Dr Lacoarret a montré que notre malade ne présentait aucune lésion du larynx.

Dans l'ictus laryngé, dont les premières observations ont été publiées par Charcot en 1876, les malades sont avertis de l'imminence de la crise par une sensation de chatouillement au niveau du larynx. Celui-ci détermine quelquefois une toux sèche, discrète ou quinteuse; puis, subitement, le malade tombe, perd connaissance et sa face se congestionne. Il peut y avoir des convulsions localisées à la face, à un membre; elles sont quelquefois plus ou moins généralisées. Au bout de quelques secondes, le malade reprend connaissance et tout est fini sans que cette crise laisse la moindre trace d'hébétude ou de fatigue. L'absence d'aura, de perte de connaissance et de chute, nous permet de repousser l'idée d'un ictus laryngé chez notre ma-

lade. Il en est de même des troubles laryngés d'origine tabétique dont les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de l'ictus laryngé. L... ne présente d'ailleurs aucun signe de tabes.

L'épilepsie à aura laryngée ne peut non plus être incriminée. Elle se présente avec une physionomie spéciale qui en décèle la nature : la pâleur de la face, l'hébétude qui suit l'attaque n'ont jamais existé chez notre malade. Enfin, le traitement bromuré n'a apporté aucune amélioration dans les crises tant au point de vue de leur fréquence que de leur intensité.

Restent l'hystérie et une névrose spéciale aux enfants décrite sous le nom de convulsion interne, d'asthme de Kopp ou de Millar, et aussi plus exactement par Bouchut, sous la dénomination de spasme phréno-glottique.

L'hystérie peut, on le sait, tout simuler au point de vue spasmodique, et elle revêt effectivement un grand nombre de formes dans ses manifestations laryngées. Certainement, celles-ci sont le plus souvent associées aux attaques convulsives, mais elles peuvent exister seules et revêtent des formes spéciales bien connues.

M. le professeur Pitres, dans ses remarquables leçons cliniques sur l'hystérie, a donné une classification complète des spasmes rythmiques respiratoires. Il subdivise le premier groupe, les spasmes respiratoires simples, en deux variétés distinctes : les spasmes expiratoires et les spasmes inspiratoires.

Parmi les spasmes expiratoires, les seuls qui nous intéressent au sujet de notre malade, il place la toux et le renâclement. Le spasme laryngé de notre malade, certainement expiratoire, ne pourrait-il pas être compris dans cette variété?

M. Gilles de la Tourette, dans son magistral *Traité de l'hystérie*, dit bien que les manifestations laryngées se « développent rarement après vingt-cinq ans, qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, sans cependant être exclusives chez les premières. » Dans l'hystérie surtout ne peut-il y avoir d'exceptions au point de vue de l'âge et du sexe? M. Gilles de la Tourette ajoute d'ailleurs que les symptômes laryngés de l'hystérie se développent brusquement à la suite d'une émotion, qu'ils ont une tendance marquée à subsister à

l'état d'isolement sans accompagnement de stigmates; enfin, qu'ils sont généralement très tenaces, très rebelles, et qu'ils peuvent durer des semaines, des mois, des années même.

Or, nous retrouvons bien tous ces caractères chez notre malade. C'est d'abord un émotif, et quoique nous n'ayons pu déceler, malgré des recherches réitérées, le moindre stigmate de la névrose, c'est cependant à la suite d'une première émotion que sa première crise s'est produite. Les médications variées et constantes auxquelles nous l'avons soumis n'ont pas produit la moindre amélioration depuis près de deux ans que nous lui donnons des soins.

Toutes ces raisons ne suffisent-elles pas pour porter un diagnostic étiologique et faire de ce spasme expiratoire une manifestation monosymptomatique de l'hystérie?

Il nous reste à examiner si cette manifestation ne pourrait être rapprochée, au point de vue de sa forme, de ce spasme glottique, spécial, il est vrai, à la première enfance, mais dont cependant la symptomatologie ressemble singulièrement, exception faite de l'âge, à celui que présente notre malade.

Dans le phréno-glottisme de Bouchut, comme dans le spasme expirateur que nous décrivons, les muscles respiratoires et le diaphragme prennent part à la convulsion.

Chez les enfants, la crise est caractérisée par un arrêt subit de la respiration; la tête est renversée en arrière, le thorax est immobilisé, le petit malade ouvre la bouche, sa face se congestionne et devient turgescente, l'œil est fixe, la physionomie anxieuse dénote une angoisse croissante. La fin de l'accès est annoncé par des inspirations successives, sifflantes et saccadées. L'accès dure de vingt à trente secondes à peine.

Comme l'enfant atteint de phréno-glottisme, notre malade est pris subitement; sans raison sa respiration s'arrête, sa tête se renverse, sa face se congestionne, etc.

Une seule différence entre les deux crises : tandis que chez l'enfant le thorax reste en apnée tout le temps que dure la crise, chez celui-ci, au contraire, le spasme est expiratoire. Il est même constitué par une respiration prolongée et bruyante qui dure autant que l'accès lui-même. Il semble que l'air, subitement emprisonné par une sorte de tétanisation des muscles expiratoires et du larynx, soit chassé par une contraction plus

forte des muscles expirateurs, triomphant ainsi de la résistance opposée par la contraction des muscles de la glotte.

On pourrait peut-être expliquer cette différence de la façon suivante : chez l'enfant, l'orifice glottique étant normalement très étroit, le spasme obture celui-ci très énergiquement et d'une façon complète; au contraire; chez l'adulte, l'ouverture glottique étant plus large, le spasme détermine une occlusion moins parfaite et que suffit à vaincre la contraction tonique des expirateurs, d'ailleurs plus puissants que chez l'enfant.

Dans ces conditions, ne pourrions-nous être autorisés à conclure qu'il s'agit chez notre malade de crises de phréno-glottisme? Celles-ci, certainement, n'ont pas été décrites chez l'adulte; cependant, MM. Beau et Bacquias[1] prétendent qu'on peut rencontrer ces manifestations spasmodiques chez l'adulte, voire même chez le vieillard.

Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'on peut rattacher cette singulière affection soit à l'hystérie monosymptomatique, soit au phréno-glottisme de l'adulte, en raison de la très grande ressemblance qui existe entre les deux syndromes spasmodiques.

M. Terrien. — *Cas de respiration de Cheynes-Stockes à type régulier, avec modifications parallèles des pupilles et anesthésie intermittente de la face.*

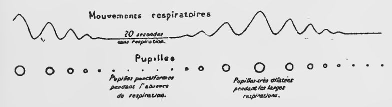
C'est un congestif et un cardiaque, qui a présenté dans les six derniers jours qui ont précédé sa mort une respiration de Cheynes-Stockes assez singulière, par la régularité absolue dans ses arrêts et par les modifications que cette respiration entraînait parallèlement du côté des pupilles.

Pendant vingt secondes le malade cessait de respirer, pendant trente-huit à quarante secondes il respirait. Durant les vingt secondes où il y avait absence totale de respiration, la pupille droite et la gauche n'étaient plus qu'un point; puis, au fur et à mesure que la respiration, d'abord à peine perceptible, puis plus ample, plus large, se dessinait, la pupille punctiforme

1. Bacquias, thèse de Paris, 1853.

grandissait pour atteindre, quand la respiration était large, des dimensions considérables; et ce mode de respiration, accompagné de ces modifications pupillaires, s'est produit d'une façon absolument continue pendant cinq jours, et cela sans variation aucune dans le type respiratoire (dix-huit à vingt secondes sans respirer, trente-huit à quarante secondes avec respiration) et sans variation dans les modifications pupillaires indiquées plus haut.

Voici, du reste, le tracé pris au chevet du malade, plutôt devant le malade, car notre homme était debout dans sa maison quand je me suis aperçu de ces phénomènes :



La mort est survenue au bout de six jours. Si l'autopsie avait été possible, elle aurait été excessivement intéressante, car ce malade, outre ces manifestations que je viens de signaler, a présenté une histoire pathologique assez complexe.

C'était un malade de soixante-quatre ans, sans tare héréditaire. Comme antécédents personnels, rien de particulier à noter. Sabotier de profession, vie régulière, tranquille, pas d'alcoolisme. Il y a quinze ans, il avait eu une attaque congestive avec perte de la parole; impossibilité de la marche. Puis, peu à peu, la parole revient, mais le malade éprouve cependant une certaine difficulté pour trouver ses mots. Il retrouve également le mouvement des jambes, et bientôt (on n'a pas su me dire au bout de combien de temps) il peut reprendre son travail.

Voici les seuls renseignements fort incomplets que je pus obtenir. En 1893 je le voyais pour la première fois; le malade venait d'avoir un vertige sans chute à terre. Ceci, du reste, lui arrivait fréquemment; mais depuis quelque temps il éprouvait une grande faiblesse et des étouffements, c'est pourquoi il me faisait appeler.

C'est d'abord la parole qui attire mon attention. Il éprouve

de l'embarras pour trouver les mots; il veut dire, il ne peut, il s'impatiente et finalement se met à rire : « Je ne puis trouver le nom que je cherche, dit-il. » Quelques minutes après le nom lui revient, quelquefois. Pas d'embarras de la parole, un peu de bégaiement cependant, mais il n'a pas la façon de parler du paralytique général ; je le fais compter, il comptera jusqu'à 10, par exemple, puis, là, oubliera où il est rendu et recommencera à compter depuis 1, etc.

Je note également une grande hésitation dans son écriture. Il passe des lettres en écrivant, s'embrouille, et de colère jette sa plume. Là, il agit bien comme le fait le paralytique général. Plus que de passer des lettres, ce qui l'assimile au paralytique, il a tendance surtout à reprendre les premières lettres du mot; pour écrire Rambaud (c'est son nom) il écrira RambRambaud, absolument comme il agit quand il compte.

Pas de cécité verbale, il lit assez bien et sans trop bégayer.

Pas de surdité verbale également.

Il résulte évidemment de ce qui précède qu'une lésion existe dans la zone du langage, et en particulier au pied de la troisième circonvolution frontale, à la deuxième frontale, les centres de l'aphasie motrice et de l'agraphie.

Pas de troubles de la motilité; la démarche, sans les vertiges, serait assez assurée. — Force au dynamomètre normale.

Je n'ai pas noté de troubles de la sensibilité générale, ni spéciale; quelques bourdonnements d'oreille. Je ne remarque rien du côté de la vue, les pupilles sont égales et réagissent.

Réflexes du genou très exagérés. — Pas de troubles des sphincters.

Un fait que j'oubliais de signaler : Quand le malade veut prendre son couteau ou un instrument quelconque, sur une table, il met la main droite à côté de l'objet; il s'en aperçoit, il lui faut faire un second mouvement pour le saisir.

On remarque un léger degré d'affaiblissement intellectuel; pourtant, il a bien conservé la mémoire des faits. Dès cette époque, je l'ai dit plus haut, il présentait des phénomènes d'oppression. « J'étouffe! j'étouffe! s'écriait-il », et on le voyait, en effet, respirer vite, d'une respiration courte et bruyante.

Je n'ai pas examiné, à ce moment, s'il existait des modifications pupillaires pendant les crises d'étouffement.

Du côté du cœur, palpitations, intermittences, lésions mitrales très avancées, souffle; l'orifice aortique est également touché. En résumé, cœur très malade.

Rien aux poumons; tous les autres organes, du reste, sont sains.

En 1894, il fait une pneumonie grave suivie cependant de guérison. Quelques mois après, il présente une paralysie incomplète du bras droit, paralysie qui a persisté jusqu'à la mort, sans contractures.

Enfin, en 1896, l'état s'aggrave. On me fait appeler, et c'est à cette époque que je fais les constatations relatées plus haut du côté de la respiration et de la pupille. J'ai noté pendant l'arrêt de la respiration une sensibilité générale assez obtuse, surtout à la face, principalement à l'œil. Pas de réflexe oculo-palpébral quand le malade ne respirait pas. Puis le malade s'éteint sans bruit, la respiration s'arrête pour ne plus se reproduire.

Evidemment, il faut chercher dans le grand sympathique l'explication de tous les phénomènes curieux présentés par notre malade du côté de sa respiration et de ses pupilles.

Suivant toute probabilité, le centre cilio-spinal est touché au même titre et de la même manière que le centre respiratoire. Il paraît également certain que les troubles constatés dans toute la sphère du trijumeau sensitif ont leur origine dans le noyau sensitif bulbaire.

Il en résulte, enfin, que ces trois centres étant voisins dans le bulbe, centre respiratoire, centre cilio-spinal, noyau du trijumeau, que le type de respiration Cheynes-Stokes est bien réellement un phénomène bulbaire.

M. Destarac. — *Paralysie pseudo-hypertrophique avec participation des muscles de la face.*

Messieurs, j'ai fait venir pour vous le présenter un enfant qui est atteint de paralysie pseudo-hypertrophique. Le cas est déjà intéressant en lui-même, car cette affection est peu commune. Mais l'intérêt en est considérablement accru chez notre malade par la participation des muscles de la face à la paralysie. Il devient de ce fait une véritable rareté.

Quelques auteurs avaient déjà signalé un air hébété, un défaut d'expression dans la mimique coïncidant avec une intelligence rudimentaire; mais seuls, croyons-nous, Marie et Guinon, Heller[1] ont constaté une paralysie manifeste.

Notre malade s'éloigne encore du type classique par l'absence du caractère familial. Il n'y a jamais eu de myopathiques dans sa famille, ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux.

Voici, en quelques mots, son observation :

X..., six ans et demi.

Père et mère bien portants, une sœur de neuf ans qui ne présente rien d'anormal. Né à terme.

Comme antécédents personnels, pas d'autres maladies qu'une coqueluche et des oreillons.

Il a parlé tard (deux ans et demi) et a toujours très mal articulé. Son intelligence laisse un peu à désirer; il est entêté, violent, irascible, incapable de fixer son attention. Il n'a pu apprendre à lire.

Il avait souvent, dans les premières années, de petites crises se traduisant par de la pâleur de la face et un peu de raideur des membres; cela durait quatre à cinq minutes. Les crises paraissent s'être montrées à la suite d'une chute. La bonne qui le tenait dans ses bras l'avait laissé tomber de sa hauteur.

Dès le début, on s'est aperçu qu'il marchait mal, mais sans y ajouter d'importance : cela passera en grandissant, disait le médecin.

Il était surtout gêné pour monter les escaliers; il marchait en se dandinant et tombait très souvent quand il voulait courir comme les autres enfants. Sa tête porte les traces de ces nombreuses chutes.

Vers l'âge de trois ou quatre ans, on s'aperçoit du développement exagéré de ses mollets, de vrais mollets de bicycliste, disent les gens qui le voient passer.

La première fois que nous voyons le malade, nous sommes frappés par ce détail qui, joint à la difficulté de la marche, impose le diagnostic.

Les mollets ont une consistance ligneuse et sont sillonnés par des veines dilatées; les autres muscles sont plutôt atrophiés. On ne constate pas de contractions fibrillaires.

Quand il marche, le haut du corps se porte en arrière et il soulève alternativement chaque jambe comme avec effort.

Pour monter les escaliers, il se hisse sur les bras en s'accrochant à la rampe.

Il est très vite fatigué, et son attitude favorite est la position à plat ventre.

1. *Revue de médecine*, 1885. — Dans le cas de Marie et Guinon, il n'y a pas de pseudo-hypertrophie.

Pour se relever, il s'arc-boute d'abord sur les mains et la pointe des pieds, rapproche ses extrémités et grimpe ensuite le long de ses jambes, selon les diverses attitudes classiques des pseudo-hypertrophiques.

L'ensellure n'est pas très marquée au repos; elle s'exagère pendant la marche.

L'examen électrique ne permet de constater qu'une diminution de l'excitabilité pour les deux ordres de courants.

Les soléaires et les jumeaux se contractent avec 8MA au négatif et 12MA au positif.

Pour les muscles des cuisses, on a aussi NFC > PFC. Il n'y a donc pas trace de DR.

On est frappé par le volume exagéré de la tête : la face[1] est atone, sans aucune expression; le masque est immobile, la fente buccale élargie, la lèvre inférieure un peu tombante. Pas d'atrophie marquée.

La bouche au repos est entr'ouverte; il ne peut arrondir ses lèvres pour siffler : ce caractère est très marqué; les paupières sont un peu tombantes, les yeux saillants; l'orbiculaire des paupières fonctionne encore; cependant, au dire des parents, on voit un peu le blanc des yeux pendant le sommeil; il peut froncer légèrement le sourcil[2].

Notre cas tient donc à la fois de la paralysie pseudo-hypertrophique et du type facio-scapulo-huméral de Landouzy Dejerine. C'est donc une forme de transition entre ces deux variétés de myopathies.

La constatation de faits analogues, reliant les divers types d'amyotrophies familiales, a modifié la façon de les concevoir.

On a actuellement une tendance à englober dans un seul et même groupe celui des *myopathies primitives progressives*, les divers types créés jusqu'à ce jour et auxquels on reconnaissait une individualité propre : paralysie pseudo-hypertrophique, type Leyden-Mœbius, Zimmerlin, Erb, Landouzy Dejerine.

Il ne reste finalement que deux grandes familles : les *myopathies*, dont nous venons de parler, et les *myélopathies* représentées par la maladie d'Aran-Duchenne.

1. M. Sabrazès, qui a examiné le malade, a été frappé tout d'abord par cet aspect de la face et il a cru un moment avoir sous les yeux un lépreux. Le facies de notre malade présente, en effet, une grande analogie avec celui d'un lépreux dont M. Sabrazès nous a montré la photographie. Marie et Guinon avaient déjà signalé cette analogie. (*Revue de médecine*, p. 842; 1885.)

2. L'observation complète sera publiée ultérieurement, avec la photographie du malade.

Ces deux formes sont encore cliniquement différenciées par le caractère familial qui appartient à la première et la réaction de dégénérescence qui ne se rencontre que dans la seconde.

On essaye cependant de fusionner ces deux familles, et le type Charcot-Marie ménagerait la transition, car il a le caractère familial de l'une et la réaction de dégénérescence de l'autre, mais les preuves anatomiques manquent jusqu'à ce jour. Ce type doit donc, jusqu'à nouvel ordre, être rangé dans les myélopathies, car la réaction de dégénérescence fait prévoir l'existence de lésions médullaires, avec ou sans lésions neurotiques (Hoffmann)[1].

Le caractère familial semble perdre de sa valeur; rappelons qu'il fait défaut chez notre pseudo-hypertrophique. Quant à la réaction de dégénérescence, elle constitue encore un signe précieux pour le diagnostic.

Je sais que de très rares observations signalent la DR dans des formes myopathiques pures[2]. Mais je crois qu'il faut accepter avec la plus grande réserve ces faits de même que ceux où l'on a trouvé la DR dans l'atrophie musculaire hystérique, comme j'ai essayé de le démontrer dans ma précédente communication.

M. Baylac. — *Tumeurs tuberculeuses du Cervelet.*

Nous avons l'honneur de vous communiquer un cas de tumeurs tuberculeuses du cervelet, observé, en 1895, dans le service de clinique médicale de M. le professeur Caubet.

Il nous a paru intéressant, en raison surtout de la longue durée de l'observation clinique. Le malade a fait plusieurs séjours dans les divers services de l'Hôtel-Dieu. Antérieurement, il avait été interné à l'asile d'aliénés de Braqueville pendant trois mois.

1. Ce qui précède nous parait résumer l'opinion de M. le professeur Raymond. (*Maladies du système nerveux*, 1888, pp. 226, 237. — Discours prononcé à l'inauguration du monument élevé à Duchenne de Boulogne, 1897.)

2. Dans les cas, avec autopsie, où la DR coincide avec l'intégrité de la moelle, les nerfs périphériques sont plus ou moins atteints par les progrès de la maladie, mais les lésions sont secondaires.

Grâce à l'extrême obligeance de notre confrère, le docteur Anglade, médecin adjoint, nous avons obtenu la communication des notes de quinzaine.

Nous avons pu ainsi établir l'histoire de ce malade pendant quatre années, et la vérification anatomique est venue confirmer ce que l'examen clinique avait permis de soupçonner.

Observation. — François B..., vingt-huit ans, marchand ambulant. Entré le 16 janvier 1895 dans le service de M. le professeur Caubet.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants; trois frères et trois sœurs en bonne santé. Pas de tuberculose dans la famille; pas de tare nerveuse, ni arthritique.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance, ni de l'adolescence.

A fait quatre mois de service militaire.

Pas de syphilis, pas de blennorragie.

Depuis sa première jeunesse, nombreux excès de boissons alcooliques; abus de l'absinthe. De bonne heure, tremblement des mains; sommeil troublé par des rêves terrifiants (zoopsie).

Vers le mois de janvier 1890, attaques épileptiformes fréquentes se produisant surtout la nuit; nombreux accès de délirium tremens avec délire bruyant, parfois furieux, qui nécessite l'usage de la camisole de force et l'internement du malade à l'asile d'aliénés de Braqueville (12 février 1890).

Voici les observations faites à l'asile.

Certificat de vingt-quatre heures. — Ce malade paraît atteint d'alcoolisme aigu avec idées de suicide. Il se livrait avec excès à l'usage des boissons alcooliques, auquel est dû le tremblement spécial que l'on constate chez les buveurs. La mémoire paraît assez bonne et les facultés intellectuelles sont, en l'état, normales. Ce malade, très agité au moment de son entrée à l'établissement, est maintenant très calme (13 février 1890).

Certificat de quinzaine. — Depuis l'envoi du certificat de vingt-quatre heures, la situation de ce malade s'est sensiblement améliorée. Ce résultat est dû à la suppression des boissons alcooliques. La santé physique est bonne. En l'état, il n'y a pas lieu de le ranger parmi les malades dangereux dans l'asile (26 février 1890).

Mars. — Le 11 mars, ce malade a été atteint d'attaques épileptiformes au nombre de huit; cinq sont survenues dans la nuit du 10 au 11 et trois dans la journée du 11. A la suite de ces crises, ce malade est demeuré, pendant trois jours environ, dans un état de stupeur qui s'est dissipée lentement. Il n'a gardé aucun souvenir des attaques. Aujourd'hui, il a repris ses occupations habituelles.

Avril. — Même état d'amélioration. Ce jeune homme travaille et se montre facile à diriger.

Mai. — N'a plus eu d'accidents épileptiformes. Son état mental, très amélioré, permettra une sortie à titre d'essai.

Il quitte l'asile, le 27 mai 1890, très amélioré. Il se remet au travail et gagne sa vie en exerçant la profession de marchand ambulant. Malheureusement, il reprend ses anciennes habitudes et fait de nombreux excès de boissons. Sa santé générale reste bonne; à des intervalles très éloignés, il présente des attaques épileptiformes.

En 1894, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Chalot, qui l'opère pour une fistule à l'anus (20 mars — 9 mai 1894).

Le 19 novembre 1894, il se fait admettre de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Il se plaint alors d'une céphalalgie occipitale opiniâtre, qu'aucune médication ne parvient à atténuer. Il nous a été impossible de nous procurer des renseignements précis sur les autres symptômes présentés par ce malade à cette époque.

D'après ses dires, les attaques épileptiformes étaient très fréquentes; son acuité visuelle avait considérablement diminué: il éprouvait une très grande gêne pendant la marche, rendue très difficile par son amblyopie et par des vertiges; il marchait en titubant, et souvent il était considéré comme ivre, alors qu'en réalité il n'avait pas fait usage de boissons alcooliques depuis plusieurs jours. Son existence était rendue fort pénible, et, incapable de gagner sa vie, il était dans la plus grande misère.

Après plusieurs séjours dans les différents services de l'Hôtel-Dieu, il est reçu le 16 janvier 1895 dans le service de M. le professeur Caubet, salle Notre-Dame, nº 21, où il succombe le 27 mars de la même année.

État du malade à son entrée dans le service. — L'attention est immédiatement attirée par les troubles de la motilité.

La station verticale est difficile; le malade, dont la tête est inclinée constamment sur l'épaule droite, se tient les jambes écartées dans un équilibre instable. S'il rapproche les jambes et les pieds l'un de l'autre, de grandes oscillations se produisent, qui parfois causent la chute sur le sol. Ces oscillations sont irrégulières et paraissent s'effectuer dans les sens les plus divers. La chute se produit latéralement.

La marche est presque impossible, et ce n'est qu'appuyé sur un aide qu'il parvient à déplacer ses pieds, très modérément soulevés du sol. Dès que l'on cesse de le soutenir, il est pris de balancement, de titubation, qui l'ont fait souvent comparer à un ivrogne et qui ont été pour lui la cause de bien des ennuis.

Dans le décubitus dorsal au lit, même difficulté pour remuer ses membres; la jambe droite ne peut être soulevée au-dessus du plan du lit, seule la jambe gauche est susceptible de mouvements. Néanmoins, le malade a des notions précises sur la position qu'occupent ses membres.

L'incontinence de l'urine et des matières fécales est totale.

Du côté des extrémités supérieures, les troubles de la motilité sont moins accusés : le malade peut se servir de ses bras. Les mains présentent un tremblement individuel des doigts à oscillations rapides et régulières ; il n'existe pas de tremblement intentionnel. La force au dynamomètre, très diminuée, est égale des deux côtés et correspond à la division 8. Seule la cécité, presque complète, détermine de l'incertitude et du vacillement des mains dans les mouvements de préhension. On pourrait croire à de l'incoordination alors que ce vacillement est dû à ce que les objets présentés au malade ne sont que très difficilement perçus par lui.

Pas de trouble moteur du côté de la face ; pas de paralysie partielle du côté des yeux. Tremblement vermiculaire de la langue.

Sensibilité. — La sensibilité cutanée, dans tous ses modes, est conservée sur toute la surface du corps. Nous devons mentionner une exagération de la sensibilité à la douleur au niveau des pieds et des jambes, des mains et des avant-bras.

Réflexes rotuliens exagérés, surtout à droite. Trépidation épileptoïde manifeste. Pas d'exagération des réflexes tendineux des poignets et des bras. Réflexes plantaires exagérés. Réflexes crémastérien et abdominal normaux. Réflexe pharyngien aboli.

Céphalalgie très intense correspondant à la région occipitale ; elle est permanente avec des exacerbations nocturnes.

Pas de trouble sensoriel du côté du goût, de l'ouïe et de l'odorat.

La *vue* est presque complètement abolie : le malade voit à peine les personnes ou les objets placés en face de lui. L'examen ophtalmoscopique, pratiqué par M. le docteur Terson, chargé de cours de clinique ophtalmologique, fait constater une neuro-papillite double, plus accusée à l'œil gauche. Dans une note très complète, due à l'extrême obligeance de notre ancien maître, le diagnostic étiologique est étudié avec le plus grand soin. Après avoir passé en revue les différentes affections qui concorderaient le mieux avec la neuro-papillite observée chez ce malade, M. Terson déclare « qu'il faut, chez lui, penser à la possibilité de *l'existence d'une tumeur cérébrale*, quels qu'en soient le volume et le siège. »

Du côté des *phénomènes viscéraux*, nous devons signaler l'*absence complète de vomissements* depuis le début de la maladie. Le malade a toujours eu bon appétit. Dans le service, il est au quatrième degré. On est obligé de le faire manger, en raison de son amblyopie et pour éviter qu'il ne projette sur le sol l'assiette et le verre qu'il voit à peine ; mais les fonctions digestives se font bien.

Du côté de l'appareil respiratoire, nous constatons tous les signes d'une tuberculose pulmonaire avancée avec maximum des lésions au sommet droit.

Rien d'important à signaler du côté de l'appareil vasculaire : le cœur est normal comme volume ; pas de bruit de souffle, pas de dédoublement.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

L'état général est médiocre : l'amaigrissement des membres est considérable ; les muscles paraissent atrophiés.

Le soir, élévation notable de la température avec tous les caractères de la fièvre hectique.

La fatigue générale est extrême et le malade se plaint de courbature généralisée.

Troubles psychiques. — Couché dans son lit, le malade a un aspect stupide, idiot. Il comprend néanmoins les questions qu'on lui pose et y répond d'une manière assez précise ; la parole est mal articulée, lente, saccadée, balbutiée parfois. La mémoire des choses passées est intacte, ce qui contraste avec l'oubli des faits récents. Son attention ne peut être tenue en éveil. Il retombe presque immédiatement dans un état d'assoupissement. Tous sentiments affectifs ont disparu chez lui ; il ne prend aucun soin de sa personne, et on peut se demander si l'incontinence des urines et des matières fécales n'est pas due à son indifférence, à son insouciance, qui lui font négliger de réclamer un vase.

Pendant son séjour dans le service, les phénomènes paralytiques se sont accentués : la paraplégie était presque absolue avec prédominance à droite. A trois reprises, il a présenté des attaques épileptiformes sans aura, avec chute, perte de connaissance, morsure de la langue, convulsions cloniques et toniques ; ces attaques se produisaient par séries (cinq, six en vingt-quatre heures) ; elles déterminaient un état de mal semblable à l'épilepsie ordinaire et elles étaient suivies d'un état de stupeur profonde, persistant pendant trois à quatre jours, dont le malade ne gardait aucun souvenir

La céphalée occipitale, très intense au début, diminua dans la suite ; elle avait à peu près complètement disparu au moment de la mort.

Jamais, à aucun moment, il n'y a eu de vomissements. Les vertiges, peu intenses à l'époque de son admission à l'Hôtel-Dieu, ont augmenté d'intensité et empêchaient le malade non seulement de se tenir debout, mais encore de s'asseoir sur son lit.

La mort est survenue dans l'hecticité, le marasme, et le malade a succombé aux progrès de la tuberculose pulmonaire le 25 mars 1895.

Autopsie. — L'autopsie est faite le 26 mars 1895, quinze heures environ après la mort.

Aspect extérieur. — Amaigrissement considérable et atrophie notable des jambes.

Escarre au niveau de la fesse droite.

Cavité abdominale. — Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales sont saines.

Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt environ et remonte jusqu'au niveau du mamelon. Sur la ligne mamelonnaire, il mesure 20 c. 1/2. Poids, 1,700 gr. Il est dur, scléreux à la coupe, et les cellules paraissent avoir subi la transformation graisseuse.

La rate est augmentée de volume et est le siège d'une périsplénite légère. Poids, 160 gr.

Les reins sont gros, congestionnés, atteints de lésions de néphrite diffuse; le rein droit pèse 178 gr. et le rein gauche 175 gr.

Cavité thoracique. — Les poumons sont parsemés de tubercules arrivés aux diverses périodes de développement. Le sommet du poumon droit présente le maximum de lésions : ramollissement notable; pas d'excavation cependant.

Le cœur paraît normal : pas de lésion orificielle, pas de trace d'adhérence; surcharge graisseuse du péricarde.

Cavité cranienne. — Rien d'anormal du côté des deux hémisphères cérébraux. Les méninges sont saines et sans adhérences avec la substance corticale.

Les vaisseaux de la pie-mère sont très congestionnés au niveau des lobes occipitaux et au niveau du cervelet. L'ablation de ce dernier organe est rendue très laborieuse par la présence d'adhérences du lobe droit avec la fosse occipitale correspondante. A ce niveau, on constate une tumeur très dure, jaunâtre, du volume d'une noix, située à la partie moyenne du lobule semi-lunaire inférieur, empiétant sensiblement sur le lobule grêle.

Une tumeur de même nature, plus petite, existe sur la face supérieure du lobe cérébelleux gauche tangent, comme la précédente, au grand sillon circonférentiel de Vicq d'Azyr.

Rien d'anormal au niveau des vermis supérieur et inférieur.

A la coupe, le cervelet paraît sain. Le bulbe, la protubérance paraissent normaux. Pas d'épanchement dans les ventricules latéraux. Rien à signaler du côté du plancher du quatrième ventricule. Pas de tubercules le long des artères sylviennes. La moelle elle-même ne présente rien d'important à signaler.

Examen anatomo-pathologique. — L'examen anatomo-pathologique des divers viscères a été fait par les procédés classiques.

Dans le foie, nous avons constaté des lésions de sclérose avec dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Les reins étaient atteints de néphrite diffuse avec prédominance des lésions épithéliales.

Rien d'important à signaler du côté du cœur.

Les tumeurs du cervelet ont été enlevées et fixées à l'aide du liquide de Muller. Les coupes colorées par divers procédés (hématoxyline et picrocarmin, carmin-borax de Grenacher, bleu de méthylène) ont fait constater qu'elles étaient de nature tuberculeuse : il s'agissait de gros tubercules ramollis et caséeux au centre; à la périphérie, il existait des granulations tuberculeuses isolées. Avec la fuschine phéniquée de Ziehl, il nous a été possible d'y colorer des bacilles de Koch, qui nous ont paru, du reste, en très petit nombre.

Le bulbe, la moelle, traités par l'acide osmique, nous ont paru ne pas présenter de lésion.

Il en est de même des nerfs optiques : durcis par le formol, traités ensuite par l'acide osmique, l'eau, l'alcool absolu et inclus dans la paraffine, ils ont paru sains.

En résumé, il s'agit d'un sujet jeune, un alcoolique avéré, qui a présenté, dès l'âge de vingt-quatre ans, des troubles nerveux variés : attaques épileptiformes, tremblement des mains, idées de suicide, délire violent, qui ont rendu nécessaire son internement.

Sorti de l'asile très amélioré, calme, capable de travailler, il a vu reparaître les attaques épileptiformes et il a été atteint de céphalée, d'altération de la vue, de phénomènes parétiques dans les membres inférieurs, de vertiges, de troubles dans la démarche rendue titubante, et de modifications dans le caractère.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. le Dr Terson a fait constater une neuro-papillite double liée « très probablement à l'existence d'une tumeur cérébrale, quels qu'en soient le siège et le volume. »

Enfin, ces phénomènes se sont aggravés d'une manière progressive et ont transformé le malade en un véritable gâteux, condamné au repos absolu au lit.

En même temps, du côté des poumons, évoluait une tuberculose à marche aiguë et rapide, qui déterminait la mort à l'âge de vingt-huit ans. A l'autopsie, nous avons constaté la présence d'un gros tubercule sur chacun des deux hémisphères du cervelet.

Les excès de boissons alcooliques paraissent avoir préparé ici le terrain sur lequel a évolué la tuberculose. C'est là un fait d'observation banale, et on sait la grande fréquence de la tuberculose au cours de l'alcoolisme aigu ou chronique.

Nous demanderons la permission d'attirer l'attention sur quelques points de cette observation.

Dans le groupe des tumeurs cérébrales, les tumeurs du cervelet sont les plus fréquentes après les tumeurs de l'écorce cérébrale ou du centre ovale. Le plus souvent, elles sont de nature tuberculeuse. Quant au siège, elles paraissent affecter, de préférence, la région moyenne, si nous nous en rapportons aux observations publiées. Chez notre malade, les vermis supérieurs et inférieurs étaient indemnes. Les deux tubercules étaient tan-

gents au grand sillon circonférentiel de Vicq-d'Azyr, et siégeaient, l'un sur la face supérieure du lobe droit et l'autre sur la face inférieure du lobe gauche; ce dernier adhérait à la fosse occipitale correspondante. Nous n'avons pas constaté d'altération du côté du cerveau, de la protubérance, du bulbe et de la moelle. Les symptômes observés peuvent donc être attribués à la présence de ces tumeurs dans le cervelet.

Nous retrouvons du reste, chez notre malade, les symptômes classiques en rapport avec les altérations de cet organe: démarche chancelante, titubante, vertiges violents, attaques épileptiformes, céphalalgie occipitale tenace, troubles oculaires, etc. Seuls les vomissements, si fréquents dans les affections cérébelleuses, ont fait complètement défaut.

Du côté des membres inférieurs, nous avons eu une paralysie à peu près complète; le malade, dans les derniers jours de son existence, était incapable de soulever les jambes au-dessus du plan du lit et plus particulièrement la jambe droite.

Aux membres supérieurs, la force musculaire, égale des deux côtés, était considérablement diminuée. Nons n'avons pas constaté de troubles de la sensibilité. Enfin, le malade a présenté des troubles psychiques très nets : modification dans le caractère; parole lente, saccadée, balbutiée parfois; indifférence, insouciance; état de torpeur qui, joint aux troubles oculaires, lui donnait un aspect stupide, idiot, rappelant celui de certains paralytiques généraux.

Il serait intéressant de pouvoir établir si le malade était déjà porteur de tumeurs dans le cervelet au moment de son admission à l'asile. Ces tumeurs n'auraient-elles pas favorisé l'éclosion des troubles nerveux provoqués par l'alcoolisme?

Dans ce cas, l'intoxication éthylique est certaine : le malade a présenté de bonne heure du délire aigu; nous en avons la preuve dans le certificat rédigé à son entrée à l'asile.

Mais déjà à cette époque il avait eu des attaques épileptiformes semblables à celles qu'il a présentées dans la suite et qui déterminaient, comme nous l'avons vu, un état de stupeur durant trois ou quatre jours, dont il ne gardait aucun souvenir.

Dès lors, connaissant les rapports intimes qui unissent ce symptôme aux tumeurs cérébrales en général, on peut se de-

mander si les tubercules du cervelet n'existaient pas à cette époque.

Ils remonteraient alors à l'âge de vingt-quatre ans. Ils auraient précédé l'apparition des premiers troubles nerveux, ils auraient peut-être contribué à les produire.

Ce serait un cas nouveau à ajouter à ceux déjà connus, où l'isolement dans une maison de santé a été rendu nécessaire par des troubles psychiques et vésaniques sous la dépendance exclusive d'une tumeur cérébrale.

Nous ne nous prononcerons pas ; nous laisserons à d'autres, plus autorisés que nous, le soin de conclure.

M. P. Valentin. — *La rééducation suggestive de la volonté. Traitement des aboulies.*

Je désire soumettre au Congrès, au nom du docteur P. Hartenberg (de Paris) et au mien, quelques considérations sur la rééducation suggestive de la volonté, envisagée tout spécialement au point de vue du traitement des aboulies.

Les maladies de la volonté forment un champ beaucoup trop vaste pour qu'il soit possible, dans une communication de ce genre, nécessairement limitée, de l'embrasser dans son ensemble, même d'un coup d'œil rapide. Aussi avons-nous délibérément résolu de laisser de côté les tendances irrésistibles, les obsessions impulsives, les phobies et les autres perversions de l'activité volontaire, pour étudier exclusivement aujourd'hui les affaiblissements proprement dits du pouvoir dynamogène : les aboulies.

Il nous faudrait, au début de ce travail, formuler au moins d'une façon sommaire la conception du mécanisme de la volonté normale, qui nous a servi de base dans nos recherches sur la pathologie de la volonté. Le temps restreint qui nous est accordé ne nous le permet pas.

Nous dirons seulement que, conformément aux idées actuelles, nous avons eu, dans le cours de nos observations cliniques, le constant souci d'appuyer notre interprétation des données psychologiques fournies par la conscience sur les découvertes les plus récentes de l'histologie et de la physiologie nerveuses.

L'activité volontaire n'est pour nous que le dernier terme du réflexe cérébral, absolument comparable au réflexe élémentaire, mais qui, par son passage à travers les centres psychiques, atteint son suprême degré de perfectionnement et de complexité. Sera seule dès lors considérée comme volontaire l'excitation motrice consciente et réfléchie qui, de quelque origine qu'elle vienne, aura traversé ce réseau des *neurones psychiques* de Pitres, dont l'ensemble, pour Grasset, représente le *centre psychique supérieur* et que Flechsig appelle la zone des *centres d'association*.

D'après Flechsig, en effet, l'écorce cérébrale doit être divisée en deux zones nettement distinctes :

1° La zone des *centres de projection*, qui, constituée par les sphères sensitivo-motrices et reliée aux centres bulbo-médullaires, serait le siège de l'automatisme psychologique.

2° La zone des *centres d'association*, divisée en trois sphères anatomiquement séparées, qui occupent : la première, la plus grande partie des lobes occipital, pariétal et temporal ; la seconde, l'insula de Reil ; la troisième, la partie antérieure du lobe frontal. Ces sphères, sans connexion directe avec les masses grises inférieures du névraxe, sont rattachées aux sphères sensitivo-motrices par de nombreuses fibres d'union. Elles mériteraient, jusqu'à nouvel ordre, d'être tenues pour le siège exclusif des facultés intellectuelles.

Entre l'impression initiale de nature sensitive et la réaction finale de nature motrice, le *réflexe cérébral*, pour mériter le nom de *volontaire*, devra donc traverser les neurones psychiques, subir l'influence de leur conductibilité et de leurs habitudes physiologiques, s'inspirer, en d'autres termes, du caractère propre de l'individu. Chaque terrain psychique modifie ainsi, à sa façon, la marche du réflexe cortical supérieur ; et cette remarque nous permet de définir, avec M. Th. Ribot, l'acte volontaire : une réaction de la personnalité.

Qu'est-ce maintenant que l'aboulie ? Elle consiste essentiellement, nous l'avons dit, dans un affaiblissement de la dynamogénie psychique. Ses variétés sont innombrables ; mais notre connaissance encore trop imparfaite des processus psycho-physiologiques qui les constituent ne nous autorise pas actuellement

à en donner une classification rationnelle et définitive. Nous nous bornerons, dans cette étude, à ordonner en un petit nombre de groupes cliniques les formules d'aboulie les plus fréquentes et les moins discutables.

Nous divisons les aboulies en deux grandes catégories : les aboulies occasionnelles et les aboulies constitutionnelles.

A. *Aboulies occasionnelles.* — Elles sont fortuites, temporaires, curables. Ce sont de simples accidents cliniques, qu'on peut attribuer à un trouble passager des fonctions psychiques. Nous en avons distingué trois classes :

1° Les maladies infectieuses, les blessures graves, les hémorragies abondantes, les intoxications, le surmenage physique et intellectuel, les chagrins violents ou prolongés, et en général toutes les causes d'épuisement, provoquent et entretiennent un certain degré d'asthénie générale, qui se manifeste par une diminution notable de toutes les réactions nerveuses : sensitives, intellectuelles et motrices.

Dans ce tableau clinique, l'aboulie doit être placée sur le même plan que les autres symptômes et ne mérite pas qu'on lui accorde aucune signification spéciale. Elle guérit du reste spontanément ; à mesure que l'organisme débilité récupère ses forces normales, la volonté elle-même se rétablit.

Ces faits sont véritablement trop communs dans la pratique médicale pour qu'il soit utile d'y insister davantage.

2° Mais parfois il n'en est plus de même. Après les affections diverses citées plus haut, après des indispositions beaucoup plus bénignes, de simples malaises dont on ignore parfois la nature et l'origine, la dépression générale, au lieu de s'amender rapidement dès que sa cause est supprimée, persiste et s'accentue. Le malade, au lieu de se lever, de marcher, de reprendre ses occupations habituelles, garde le lit où le retient une incapacité de se mouvoir que la volonté ne peut vaincre.

Cependant, il ne souffre pas et ne se plaint pas de douleurs ; quelquefois même, il n'éprouve aucun sentiment de faiblesse ou de lassitude, ce qui rend plus inexplicable encore sa paralysie. « Je n'ai pas peur ; je me dis quelquefois, je dois pouvoir marcher ; je ne me sens pas faible, et cependant je ramasse en vain toute mon énergie, je ne peux pas », disait une malade du professeur Bernheim.

Mais il peut arriver aussi que l'auto-suggestion et l'émotivité viennent, chez certains sujets, compliquer secondairement la scène par des sensations pénibles, de la tristesse, du découragement, et finalement une indifférence extrême.

Voici comment on pourrait, selon nous, interpréter le mécanisme de cette forme d'aboulie :

Sous l'influence de la dénutrition et de la dépression dues à l'affection initiale, et de l'inaction que celle-ci a rendue nécessaire, l'état moléculaire spécial de la substance nerveuse qui constitue son aptitude à la transmission des excitations se modifie très rapidement et la conductibilité des voies nerveuses diminue. Il en résulte que la résistance des conducteurs augmente et qu'ils opposent au passage de l'influx nerveux un obstacle que celui-ci ne peut plus franchir. Toute la partie centrifuge du réflexe psychique devient donc, pour ainsi dire, imperméable à l'ordre volontaire.

En même temps, les images motrices coordonnées s'atténuent sans doute, la décharge des téléneurones moteurs faiblit, et peut-être même l'obéissance musculaire aux excitations nerveuses est diminuée. Le repos prolongé, l'arrêt des fonctions motrices ne font qu'accentuer davantage ces altérations, en sorte que l'habitude physiologique du mouvement se perd et est remplacée par l'habitude pathologique de l'inertie.

D'autre part, cette inaction du système moteur n'est pas sans avoir un retentissement sur le cerveau tout entier. Le tonus nerveux s'abaisse, les neurones psychiques perdent leur pouvoir dynamogène, la force impulsive des idées devient absolument incapable de forcer la résistance des conducteurs. De plus, l'irrigation sanguine du cerveau, si sensible chez certains sujets, subit des variations, qui se trahissent dans la conscience par des états de dépression : tristesse, découragement, indifférence.

On verra plus loin comment les résultats obtenus par le traitement psychique semblent confirmer l'exactitude de cette explication.

3° Ici la pathogénie des phénomènes abouliques est particulièrement nette. Un sujet a eu une douleur locale quelconque, traumatique ou spontanée, qui a déterminé l'immobilisation instinctive ou nécessaire de la partie du corps atteinte. Mais au bout d'un certain temps, bien qu'alors la lésion primitive soit

vraisemblablement guérie, le malade persiste dans son immobilité.

Suivant le cas, il garde son bras en écharpe, ou continue à marcher avec des crosses, ou même reste complètement couché.

Ce n'est plus une douleur réelle qui empêche les mouvements, mais seulement la crainte de cette douleur, conservée par la mémoire et exagérée par l'émotivité. Sous l'empire de cette peur auto-suggérée, le malade se confine dans son inertie. L'habitude des mouvements se perd, les articulations se raidissent, la tristesse et la dépression envahissent l'état mental.

On le voit, c'est l'hypermnésie émotive qui joue le principal rôle dans la genèse de ces aboulies, parmi lesquelles doivent être rangées un grand nombre de ces paralysies par auto-suggestion observées chez les hystériques, il y a déjà trente ans, par Liébeault et Russel-Reynolds, et que Charcot, Bernheim et d'autres ont depuis si magistralement décrites.

B. *Aboulies constitutionnelles.* — Nous entendons par là des altérations dépressives de la volonté, constantes et durables, qui sont intimement liées au caractère même du sujet. Ce ne sont plus seulement des accidents passagers, mais de véritables infirmités congénitales du *moi* pensant et agissant, causes permanentes, pour l'individu, d'une infériorité sociale toujours regrettable et parfois douloureusement ressentie. Ici, on réussit bien mieux à réprimer certains paroxysmes épisodiques de l'aboulie qu'à la faire disparaître entièrement. Le traitement est plutôt palliatif que curatif.

On peut distinguer trois types d'abouliques-nés : les apathiques, les irrésolus, les émotifs.

1° L'*apathique* est un individu chez lequel toutes les réactions psychiques sont naturellement diminuées et ralenties. Son cerveau semble engourdi, plongé dans une somnolence perpétuelle, incapable d'aucune opération rapide, énergique.

Les états de conscience sont toujours ternes et sans reliefs. La réflectivité est médiocre, les sentiments sont faibles, les émotions rares, les désirs modestes et peu impérieux. L'intelligence peut être d'ailleurs développée, mais elle reste lourde, sans vivacité, sans éclat.

Quant à l'activité, elle est toujours paresseuse et nonchalante. L'apathique, répugnant à tout effort, recule toujours de-

vant l'action, l'évite le plus possible, et lorsqu'il y est poussé malgré lui, se décide dans le sens de la plus faible résistance, préférant garder, aux prix des plus grands sacrifices, la tranquillité et le calme qui lui sont si chers.

2° *L'irrésolu*, au contraire, ne manque ni d'imagination, ni de bonne volonté; mais désireux d'agir, il perd son temps et son énergie à se décider, et finalement n'agit jamais.

Chaque idée d'acte à accomplir, fortifiée de ses motifs favorables, évoque aussitôt dans son esprit toute une série de motifs contraires, qui viennent opposer leur *veto* à l'impulsion des premiers. Entre les deux tendances antagonistes s'engage alors un débat qui se prolonge indéfiniment et ne se termine jamais par une décision franche, en sorte que l'esprit flotte dans une éternelle incertitude et que la volonté reste toujours en suspens.

Toute opinion est, pour l'irrésolu, instable et vacillante : quelque jugement qu'il formule, il reste toujours au fond de lui-même un doute qui est une porte ouverte au jugement contraire. Toute son activité cérébrale, au lieu d'être canalisée par les fibres de projection vers les centres moteurs et de se dépenser en actes, se disperse et se consomme sans résultat à travers les innombrables fibres d'association, comme un fleuve qui se perd dans les sables. Il semble qu'il y ait un point d'interrogation dans son cerveau.

Cette irrésolution est fréquente chez ceux qu'on nomme les *intellectuels*. La culture de l'esprit, l'abondance des idées, l'aiguisement du sens critique leur sont des obstacles insurmontables à l'acceptation de la vie active, où la décision est la condition du succès. Aussi trouvent-ils de préférence leur satisfaction dans une existence contemplative. Les plus favorisés d'entre eux, s'isolant dans un septicisme dédaigneux, élèvent leur doute maladif à la hauteur d'un système philosophique.

3° *L'émotif* enfin veut agir et sait comment agir; mais au moment de mettre son acte à exécution, il est brusquement arrêté par une émotion stupide qui le prive de tous ses moyens et le paralyse.

En présence de l'acte le plus simple et le plus banal à accomplir, comme d'entrer dans un magasin, de faire une visite, de tenter une démarche, on le voit pâlir, se couvrir d'une sueur

profuse, être pris d'angoisse, et quelquefois, lorsqu'il ne peut dominer son émotion, renoncer à son but et retourner sur ses pas. Ils sont bien connus les exemples de ces abouliques qui ne peuvent uriner en présence de quelqu'un, décacheter la lettre qu'ils tiennent à la main, poser la plume sur le papier pour tracer une signature, tourner le bouton d'une porte, etc.

Il semble que chez eux toute l'énergie nerveuse, au lieu de se dépenser en actes, se transforme en phénomènes vaso-moteurs. La plupart des cas d'aboulie cités partout dans les auteurs et devenus classiques nous paraissent devoir reconnaître pour cause l'émotivité morbide des sujets. Cette émotivité morbide joue, en effet, un rôle considérable dans la pathogénie des psycho-névroses, autant pour les aboulies proprement dites que pour les obsessions et les idées fixes, où MM. Pitres et Régis ont particulièrement montré son importance dans leur rapport au Congrès de Moscou (1897).

Ces trois variétés d'aboulie — par apathie, par irrésolution, par émotivité — peuvent se rencontrer chez le même individu à l'état de pureté, ou bien se combiner et donner lieu à une symptomatologie plus complexe. Elles existent aussi à des degrés très variables, depuis le plus léger, qui n'est qu'une tournure d'esprit, jusqu'au plus grave qui constitue un véritable stigmate de dégénérescence mentale ; elles se nomment alors : mélancolie, folie du doute, phobie.

Mais nous entrons ici dans le domaine des psychoses proprement dites. Nous n'avons pas à nous y arrêter. Nous ne parlerons pas davantage des aboulies que l'on rencontre au cours de la paralysie générale, du ramollissement, de la démence sénile, etc., et qui sont liées à des lésions organiques du cerveau.

Nous arrivons maintenant à la question du traitement.

Il est un principe qui domine toute la thérapeutique des aboulies : c'est qu'aux altérations de la volonté, fonction essentiellement active, il faut opposer une suggestion active.

En général, dans un cerveau qui par lui-même est impuissant à agir, il ne suffit pas d'introduire une idée curative qu'il ne saurait par lui-même faire passer à l'acte ; il faudra encore lui fournir l'énergie nécessaire à la réaliser, souvent sans son secours, parfois malgré lui.

Tel est le rôle dévolu à la *dynamogénie suggestive*. Elle s'exerce particulièrement à l'état de veille. Néanmoins, l'hypnose passive est un agent qu'il ne faudrait pas systématiquement dédaigner. Nous aurons l'occasion, chemin faisant, d'en signaler les indications spéciales.

C'est dans les aboulies que nous avons appelées occasionnelles que la suggestion remporte les plus beaux succès.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas que nous avons attribués à une diminution de conductibilité des voies motrices, le seul parti à prendre est de faire mouvoir le malade, de l'obliger à se lever et à marcher. D'un côté, par une stimulation très énergique de la voix et du geste, on secoue la dépression cérébrale, on renforce le dynamisme psychique momentanément affaibli, tandis que d'autre part, grâce à l'entraînement actif donné au corps et à l'exercice imposé aux membres, on rend aux muscles l'habitude des mouvements coordonnés, on assouplit les articulations, on restaure les sensations cénesthésiques ; et par ces deux actions combinées, l'une psychique, l'autre physique, en faisant suivre l'idée de l'acte par l'exécution de l'acte, on rétablit les rapports entre la sphère psychique et la sphère motrice, on apprend à nouveau aux excitations nerveuses le chemin normal qu'elles avaient oublié. En même temps, par ce réveil de l'activité cérébrale, l'irrigation sanguine se régularise, la tension vasculaire augmente, et ces modifications physiologiques se traduisent dans la conscience du sujet par le retour du courage et de la gaieté.

C'est une véritable rééducation de la motilité volontaire que la suggestion accomplit ainsi.

Pour les cas d'impotence entretenue par la crainte autosuggérée de la douleur, c'est encore l'emploi de la dynamogénie active qui est indiqué. Il serait possible, sans doute, à la faveur du sommeil provoqué, d'enlever au malade ses représentations imaginaires ; mais ici, nous le savons, la cause de l'inertie n'est pas tant l'idée d'impuissance motrice que la peur émotive de la douleur. En mobilisant le malade, on lui prouvera par l'exemple que sa crainte était vaine. Il sera souvent difficile, les premières fois, d'obtenir de lui qu'il déplace son bras, ou se tienne sans béquilles, ou descende de son lit, suivant le siège de sa douleur : il manifestera une angoisse excessive, une crainte exagé-

rée; il opposera, aux injonctions du médecin, ses plaintes, ses larmes, ses menaces même. Puis un jour il se rassure : ses douleurs diminuent en même temps que ses mouvements augmentent d'aisance et d'énergie. Il prend confiance et commence à croire à sa guérison. Dès lors la partie est gagnée ; le temps et la persévérance feront le reste.

Plus délicate encore est la méthode qu'il convient d'appliquer aux aboulies constitutionnelles.

Ce n'est plus, à vrai dire, un traitement temporaire, suivi d'une guérison définitive que réclament ces malades, mais bien plus une direction morale et une règle de vie conformes à leurs moyens, à leur situation, à leurs besoins.

Ici la pédagogie suggestive et l'orthopédie morale retrouvent tous leurs droits. Rien n'est plus rationnel, en effet, que de prendre l'homme à l'âge où son caractère peut encore être facilement modifié, et de chercher à réprimer chez lui les tendances abouliques qui se révèlent.

Plus tard, le choix d'une carrière sera de la plus haute importance. On se souviendra que les occupations professionnelles, les habitudes journalières, les influences du milieu social exercent sur l'esprit une action indéniable. Des préceptes d'hygiène physique, intellectuelle et morale aideront en outre le malade à triompher en toute circonstance de son apathie, de son irrésolution, de son émotivité.

Le directeur moral étendra même son souci jusqu'à la question délicate du mariage. Dans la vie commune, où les préoccupations et les intérêts sont partagés, l'un des époux, plus favorablement doué au point de vue de la volonté, pourra compenser les défaillances de l'autre et exercer sur son caractère une heureuse et durable influence.

Nous bornons là ces considérations générales qui suffiront à faire comprendre notre pensée. Il faudrait y joindre les innombrables indications spéciales que commande la pratique et auxquelles le médecin psychologue devra s'efforcer de répondre avec un tact et une délicatesse qui n'excluent nullement l'autorité. Nous nous réservons d'aborder dans un travail ultérieur, avec tous les développements qu'il mérite, cet intéressant problème psychologique et social.

M. Poggi. — *Traitement de la chorée.*

Je ne répéterai pas ce qui a été dit sur la chorée. Le docteur Marfan a dernièrement fait une leçon qui a été relatée dans le journal *la Semaine médicale* du 1[er] mai. M. Marfan préconise deux traitements : le premier à l'antipyrine, qui lui réussit, dit-il, souvent ; le second à l'acide arsénieux, qui réussit où le premier échoue. Mais il paraît que la chorée est sujette aux rechutes, et il recommande de ne pas cesser de surveiller les enfants qui entrent en convalescence.

Qu'est-ce que cela prouve ? Que la chorée n'est pas connue et que ces traitements ont la valeur de tous ceux connus jusqu'ici.

Je ne m'occuperai pas du terrain dans lequel pousse la chorée ; je ne veux pas savoir si elle est transmissible ou non, et je ne veux chercher les relations qu'elle possède avec les maladies que pour en étudier la cause et en déduire le traitement ; mais le traitement que je préconiserai aura le mérite d'être basé sur la physiologie, et quels que soient les cas dans lesquels il sera appliqué, il ne fera jamais défaut. Quant aux récidives, si elles se produisent, c'est que les parents de l'enfant choréique le voudront bien, en l'exposant de nouveau aux causes que je vais signaler.

Nous avons entendu avec plaisir l'excellent Rapport de M. Bézy, qui nous a dit que la chorée est une forme de l'hystérie infantile. On nous avait cependant enseigné jusqu'ici que c'étaient deux maladies bien distinctes ! Je suis heureux de cette constatation, et, à mon tour, j'insisterai pour faire remarquer la forme convulsive qui les unit et qui nous permettra de saisir leur fonctionnement respectif. Cette analogie de contractions musculaires involontaires m'indique qu'elles reconnaissent la même cause, qu'elles sont produites par la même force.

En comparant les manifestations continuelles de l'une aux manifestations intermittentes de l'autre, j'ai pu réussir à trouver la cause de leurs mouvements.

Voici comment j'ai procédé :

L'homme étant une machine qui dépend des milieux dans lesquels il vit, j'ai d'abord déterminé le rôle physiologique de chaque élément de l'organisme.

Les nerfs sensitifs ont pour attributions de porter aux centres nerveux les impressions qu'ils reçoivent ; les centres nerveux ont pour attributions de recevoir, des nerfs sensitifs ou de tout élément qui les comprime, notamment de la tension sanguine, des impressions qu'ils conservent ou qu'ils communiquent converties en force, immédiatement ou après combinaison avec d'autres impressions, aux nerfs moteurs.

Les nerfs moteurs ont pour attributions de transmettre aux muscles la force de contraction résultant des impressions reçues ou combinées dans les centres nerveux, ainsi que celle reçue sur leur parcours, telle que l'électricité.

Les muscles ont pour attributions de se contracter quand ils reçoivent la force électrique (?) des nerfs moteurs. Ces contractions souvent répétées, comme dans la marche, chassent le sang vers le cœur qui se contracte d'autant plus souvent qu'il reçoit du sang et qui chasse ce sang dans les parties de l'organisme qui, dépourvues de muscles, comme le cerveau, ne peuvent le refouler et se laissent déprimer par lui. Elles se laissent distendre quand la force d'extension est supérieure à la force de contraction.

La force de contraction venant des centres nerveux peut être volontaire ou involontaire : elle est volontaire quand elle résulte de deux ou plusieurs impressions combinées ; elle est involontaire ou irréfléchie quand elle est transmise directement, sans combinaison aucune, aux nerfs moteurs.

Le sang a pour attributions : dans sa partie veineuse, de servir, par sa tension, à la distension du cœur et par sa compression sur les centres nerveux — principalement sur le cerveau — à la contraction des muscles ; dans sa partie artérielle, de porter aux différents tissus l'air et les éléments nutritifs dont ils ont besoin.

Eh bien, des contractions involontaires, résultant des compressions directes par le sang sur le cerveau, ayant lieu d'une façon continue dans la chorée, d'une façon intermittente dans l'hystérie et l'épilepsie ; ayant remarqué que chez les choréiques, dans le sommeil, quand les sens ne perçoivent aucune impression, que les muscles, ne recevant aucune force, sont au repos et n'augmentent pas la tension sanguine ; ayant remarqué que, par suite d'une faible diminution de la tension veineuse, les

mouvements involontaires n'avaient pas lieu; ayant remarqué, de même, chez les hystériques et les épileptiques, que les accès ne venaient qu'à la suite d'une excitation nerveuse ou d'une compression veineuse, cérébrale et générale, se traduisant en même temps par une précipitation des battements du cœur, j'ai imaginé de diminuer, sinon de supprimer, les compressions directes et les impressions que ne pouvaient conserver et combiner les centres nerveux.

Voilà le plan que j'ai conçu. Mais comme la variété des impressions est fort grande et que la quantité des nerfs sensitifs destinés à les recevoir est considérable, j'ai commencé par placer le malade dans des conditions à lui éviter toutes nouvelles impressions violentes de la vue, de l'ouïe, et de tous les nerfs sensitifs répandus dans la bouche, le nez, l'estomac, le cœur, et enfin tout l'organisme, impressions assez fortes pour amener ou retenir dans le cerveau le sang nécessaire à le comprimer et à donner lieu à un accès de mouvements involontaires.

En conséquence, je couche le malade pour le soustraire à toute fatigue; je recommande qu'on ne lui parle qu'avec douceur et le moins possible; qu'on fasse autour de lui très peu de bruit; qu'on lui évite la vue d'un objet ou d'un spectacle trop agréable ou désagréable; qu'on lui donne, tous les matins, une cuillerée à café d'huile de ricin pour aller du corps; qu'on ne lui donne à manger que du lait, de façon à éviter une forte excitation de digestion, et qu'on lui en donne très peu — de 50 à 75 centilitres par jour, — de façon à éviter la tension veineuse générale, tension qui pourrait se localiser dans le cerveau et qui s'exprime *toujours* par la fréquence des battements de cœur, auxquels on n'a jamais ajouté aucune importance et qui constituent cependant une indication précieuse; en même temps, je lui administre 2 ou 3 grammes de nitrate de potasse par jour, de façon à oxygéner le sang et ainsi à ramener les battements du cœur au nombre de soixante ou soixante-cinq à la minute. A partir de ce moment, sans augmenter sa boisson, je lui donne à manger.

C'est dans la stase veineuse ainsi produite ou accentuée par les maladies du cœur qu'il faut chercher la raison de la compression cérébrale dans la chorée et la parenté que cette mala-

die entretient avec le rhumatisme, et les maladies éruptives qui guérissent et se préviennent de la même manière.

Je terminerai en vous disant que je n'ai jamais eu de chorée qui ait résisté à ce traitement plus de dix ou douze jours, quel que fût l'âge du malade et l'âge de la chorée. J'en ai soigné, l'année dernière, une qui datait de sept ans et qui a guéri dans le même espace de temps. Cependant, il me faut signaler le cas d'une femme de vingt-quatre ans, mariée depuis cinq ans, ayant eu deux enfants, qui fut atteinte, il y a six mois, de chorée et de troubles cérébraux. Le traitement dura vingt jours, avec recrudescence d'agitation pendant trois jours, au moment de ses époques.

Je serais heureux de voir essayer ce traitement chez certains cérébraux *jeunes;* il m'a réussi quelquefois, notamment chez un jeune homme de dix-neuf ans, dont je tiens les renseignements à la disposition de tout le monde, qui avait passé trois ans dans un asile d'aliénés. Il y a huit ans qu'il est guéri et qu'il est caissier dans une banque. J'ajouterai enfin que la prophylaxie de la chorée consiste à éviter la tension veineuse exagérée absolument indispensable pour les agitations convulsives. Les impressions, quelle qu'en soit l'intensité, sont impuissantes, à elles seules, à la déterminer.

MM. Baylac et Fabre. — *Cas d'Acromégalie traitée par la médication thyroïdienne.*

Depuis que Pierre Marie décrivit, en 1885, l'affection désignée sous le nom d'acromégalie, peu de caractères nouveaux ont été ajoutés au tableau clinique si magistralement tracé. Pourtant, les observations et les travaux ont déjà paru en nombre considérable. Néanmoins, on ne saurait dire que c'est en douze ans qu'a pu être épuisée l'étude d'une affection aussi rare que l'acromégalie. Si le cadre symptomatique est bien défini, l'étiologie, la pathogénie, les formes d'évolution, le traitement sont encore à l'étude. C'est ce qui nous a décidés à présenter une observation d'acromégalie, traitée par la médication thyroïdienne, recueillie dans le service de clinique médicale de M. le professeur Caubet. Voici l'histoire du malade et le

résultat de nos recherches, intéressantes surtout au point de vue urologique :

Observation. — Jean A..., tourneur sur bois, cinquante-quatre ans, salle Notre-Dame, n° 17.

Les antécédents héréditaires du malade ne présentent guère d'intérêt. Père mort à un âge très avancé (92 ans) de sénilité; mère morte d'angine diphtéritique. Une sœur a succombé à une attaque d'apoplexie à cinquante-sept ans. Une autre sœur rhumatisante. Pas d'acromégalie ni de gigantisme dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance ni de l'adolescence. En 1873, pneumonie du côté droit. Quelque temps après, eczéma dont on retrouve les traces surtout au-dessus du cou-de-pied. Pas d'excès vénériens ni de syphilis. Depuis une dizaine d'années, le malade a pris l'habitude de boire régulièrement trois ou quatre absinthes par jour. Il a un léger tremblement des mains. Les réflexes plantaires sont exagérés et le bord inférieur du foie dépasse les fausses côtes.

A quelle époque remonte le début de sa maladie actuelle? Le malade n'a là dessus aucun renseignement précis, car elle a évolué avec une telle lenteur qu'il n'a pas été très frappé des modifications qui se sont accomplies. Les premiers phénomènes semblent remonter assez loin, vers son adolescence, car déjà alors il avait remarqué que sa mâchoire inférieure dépassait sa mâchoire supérieure et que cette particularité ne lui permettait pas de couper un fil entre les dents. Ce n'est que plus tard que l'hypertrophie de ses mains le frappa et aussi celle de son cou-de-pied qu'il attribuait à l'épaississement de la peau sous l'influence de l'eczéma.

Mais le malade ne s'était pas préoccupé outre mesure de ces phénomènes. Ce qui l'amène à l'hôpital, c'est une hémiplégie soudaine survenue en septembre, sans ictus, après le repas de midi, pendant que le malade lisait son journal.

Dès son entrée, le diagnostic d'acromégalie s'impose par le simple aspect de son facies qui a bien tous les caractères du facies acromégalique tel que l'a décrit Pierre Marie : menton saillant, grosses lèvres, nez gros et épaté, pommettes saillantes, les yeux enfoncés, front reculé et bas. L'examen complet du malade ne fait que confirmer le diagnostic.

Examen du malade. — La longueur des mains est sensiblement normale ; mais l'épaisseur et la largeur sont augmentées. L'hypertrophie est plus marquée au niveau du carpe et du métacarpe, particulièrement des éminences thénar et hypothénar. Phalanges volumineuses. Le pouce a les deux phalanges très hypertrophiées. Les autres doigts sont marqués surtout par un renflement de la première phalange qui présente à sa face inférieure un gros bourrelet charnu. Les plis de la face palmaire sont accrus en profondeur. Ceux de la face dorsale sont accrus en nombre, ce qui donne à la peau de

cette région un aspect rugueux. Les ongles ont pour caractères d'être allongés, étroits, quelques-uns striés longitudinalement.

Voici les principales dimensions des deux extrémités des membres supérieurs :

1. Longueur de la main comprise entre une ligne passant par les deux apophyses styloïdes et l'extrémité inférieure du médius :

Côté droit.................. 20 centimètres.
Côté gauche................ 20 —

2. Circonférence prise au niveau de l'extrémité digitale des quatre derniers métacarpiens :

Côté droit.................. 21c50.
Côté gauche................ 22 centimètres.

3. Largeur de la main sur la face dorsale, comprise entre l'extrémité digitale du deuxième métacarpien et celle du cinquième métacarpien :

Côté droit.................. 11 centimètres.
Côté gauche................ 11c50.

4. Largeur de la face palmaire prise au même niveau :

Côté droit.................. 14 centimètres.
Côté gauche................ 14 —

5. Circonférence du carpe prise au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus et sur l'apophyse styloïde du radius :

Côté droit.................. 18 centimètres.
Côté gauche................ 17 —

6. Circonférence de la phalangette du pouce :

Côté droit.................. 0,077 millimètres.
Côté gauche................ 0,074 —

7. Circonférence de la phalange du pouce :

Côté droit.................. 0,075 millimètres.
Côté gauche................ 0,074 —

8. Circonférence de la première phalange de l'index :

Côté droit.................. 0,077 millimètres.
Côté gauche................ 0,075 —

9. Circonférence de la première phalange du médius :

Côté droit.................. 0,078 millimètres.
Côté gauche................ 0,076 —

10. Circonférence de la première phalange de l'annulaire :

Côté droit.................. 0.071 millimètres.
Côté gauche................ 0,071 —

11. Circonférence de la première phalange du petit doigt :

Côté droit.................. 0,069 millimètres.
Côté gauche................ 0,069 —

Le pied est hypertrophié surtout dans sa partie postérieure. Le cou-de-pied est volumineux. Le talon fait une saillie considérable. Il y a effacement complet des malléoles. La longueur du pied n'a rien d'anormal. Dans sa partie antérieure, il faut signaler surtout l'hypertrophie du gros orteil.

1. Longueur du pied comprise entre l'extrémité postérieure du calcanéum et l'extrémité du gros orteil :

Côté droit.................. 28 centimètres.
Côté gauche................ 28 —

2. Circonférence du métatarse entre l'extrémité digitale du premier métatarsien et celle du cinquième :

Côté droit.................. 23 centimètres.
Côté gauche................ 25 —

3. Circonférence du métatarse à sa partie postérieure :

Côté droit.................. 26 centimètres.
Côté gauche................ 26 —

4. Circonférence du cou-de-pied prise au niveau de la malléole interne et au-dessus de la malléole externe :

Côté droit.................. 27c 50.
Côté gauche................ 28 centimètres.

5. Circonférence ayant pour points de repère l'extrémité postéro-inférieure du calcanéum et les deux malléoles :

Côté droit.................. 33c 50.
Côté gauche................ 35 centimètres.

6. Circonférence de la phalangette du gros orteil :

Côté droit.................. 0,097 millimètres.
Côté gauche................ 0,092 —

Le maxillaire inférieur, augmenté de volume dans son ensemble, est large et proéminent. Mais le prognatisme est en partie masqué par la moustache d'abord et aussi par l'hypertrophie des lèvres. Lorsqu'on amène les arcades dentaires au contact, elles ne se correspondent pas dans leur partie antérieure. L'arcade dentaire inférieure dépasse sur la ligne médiane l'arcade dentaire supérieure de 7 millimètres. La distance comprise entre le milieu de l'arcade zygomatique et l'extrémité inférieure de l'angle de la mâchoire est de 9 centimètres. Entre l'angle de la mâchoire et la suture mentonnière il y a 12 centimètres.

La lèvre inférieure est épaissie et projetée en avant. La saillie des joues fait totalement défaut, et il y a contraste avec la proéminence des deux pommettes. Le nez est gros dans son ensemble. Les oreilles sont fortement épaissies au voisinage du conduit auditif externe.

Même avant son hémiplégie, le malade éprouvait un léger embarras de la parole qui est maintenant très accentué. Il l'attribuait lui-

même à la grosseur démesurée de sa langue. La voix est grave, un peu nasonnée.

Rien à signaler du côté de l'appareil visuel, si ce n'est un degré assez marqué de presbytie.

Autour du cou, la palpation révèle l'existence de quelques masses ganglionnaires peu volumineuses.

La cyphose cervico-dorsale est le dernier phénomène apparu chez ce malade; aussi est-elle encore peu accentuée. Elle est surtout marquée à l'union des deux portions cervicale et dorsale du rachis. En avant, les côtes sont un peu saillantes et bombées; mais le sternum est plutôt déprimé.

Notre malade a présenté à plusieurs reprises le phénomène du doigt mort que certains auteurs ont signalé dans l'acromégalie et qui paraît être un signe banal d'artériosclérose, car on a affaire à un sujet qui a subi les effets de l'intoxication absinthique, et qui a de l'hypertension artérielle et des temporales dures et sinueuses. Quelques craquements articulaires.

Un examen attentif de la région du cou nous a permis de constater l'absence du corps thyroïde au-devant de la trachée ou du moins son atrophie considérable. A son niveau, il y a une dépression bilatérale, bordée de chaque côté par les sterno-mastoïdiens, et qui ne change pas de forme pendant les mouvements de déglutition.

Les phénomènes paralytiques qui l'ont conduit à l'Hôtel-Dieu et qui déjà se sont notablement amendés sont les suivants : le bras droit est très fortement parésié. La force musculaire de la main droite, mesurée au dynamomètre, est de 8, celle du côté sain étant de 32. Le malade traîne un peu la jambe droite. La sensibilité, presque intacte dans le membre inférieur droit, est très diminuée sur toute l'étendue du membre supérieur. Le réflexe rotulien droit est légèrement exagéré. Les réflexes tendineux du membre supérieur droit sont très exagérés.

L'examen du cœur ne révèle aucun signe pathologique.

Du côté de l'appareil respiratoire, essoufflement facile et toux avec expectoration muqueuse. Bronchites fréquentes depuis la jeunesse. Le matin, crises de toux et légère pituite. A l'examen direct, sonorité normale, vibrations normales, respiration puérile, quelques râles muqueux aux bases, disséminés après la toux.

L'appareil digestif est normal et fonctionne régulièrement.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un malade atteint d'une acromégalie à forme d'évolution lente sans retentissement sur l'état général et n'ayant amené aucun trouble encéphalique. On sait, en effet, que très souvent l'hypertrophie rapide de la glande pituitaire agit à la manière des tumeurs cérébrales, en provoquant de la céphalalgie et des troubles visuels, dont le plus remarquable est l'hémianopsie.

Notre malade est resté en observation à partir du 29 octobre 1895 jusqu'au 8 septembre 1896.

Nous basant sur les expériences d'un certain nombre de cliniciens dont nous exposerons plus loin les résultats, sur l'atrophie indéniable de la glande thyroïde chez notre malade et sur la connaissance des relations fonctionnelles qui, d'après Pierre Marie, lient le corps thyroïde au corps pituitaire, nous avons voulu essayer, dans ce cas particulier, les effets de la médication thyroïdienne.

A partir du 9 janvier 1896, le malade a suivi ce mode de traitement pendant trois mois. Le corps thyroïde était administré en nature, à l'état frais, et le malade l'avalait sans répugnance, en l'assaisonnant d'un peu de sel. La dose, qui était d'abord de 4 grammes par jour, a été ramenée en dernier lieu à 2 grammes.

Avant, pendant et après le traitement, nous avons observé soigneusement les modifications de poids et les variations dans les produits de l'excrétion urinaire.

Avant l'ingestion de corps thyroïde, le volume des urines oscillait dans des limites normales, entre 1,000 c .c. et 1,500 c. c. La densité paraissait légèrement augmentée et oscillait fréquemment autour de 1,025. L'urée restait toujours au-dessous de la normale, et la moyenne par litre était de 16 grammes. A cette époque, le malade pesait 66 kilogrammes.

Pendant la médication thyroïdienne, nous observâmes les phénomènes suivants : le volume des urines ne subit aucune modification ; la densité resta un peu élevée, mais l'excrétion de l'urée présenta des modifications plus intéressantes.

Vermehren, Bleibtren et Wendelstadt[1] avaient démontré que les principes thyroïdiens amenaient un excès d'azoturie et l'ablation de la thyroïde une diminution de l'azote urinaire. Ce fait fut contredit par Weber, mais confirmé, du moins en partie, par les expériences de Richter[2], qui démontra que l'excrétion d'azote était, en effet, augmentée, mais se faisait aux dépens de l'azote absorbé et non aux dépens des tissus eux-mêmes. Il

1. Bleibtren et Wendelstadt, *Deutsche méd. Wochensch*, mai 1895.

2. Richter, *Centr. Bl. f. imm. med.*, janvier 1896.

s'emmagasinait moins d'azote qu'à l'état normal dans l'organisme. Depuis, ces faits ont été confirmés par de nombreux travaux, entre autres ceux de Grawitz, Roos, Dinkler[1], Irsai, Vos et Gara[2].

Chez notre malade, sous l'influence de 4 grammes de corps thyroïde, la quantité d'urée excrétée s'éleva rapidement à 20, 25, 30, 33 grammes par litre et resta élevée pendant deux mois.

Pendant ce temps, le malade maigrissait rapidement. Son poids diminua de 500 grammes par semaine à peu près régulièrement, de sorte qu'au commencement du mois d'avril, il n'était plus que de 58 kilogrammes.

A aucun moment les urines ne présentèrent de sucre, d'albumine, ni de peptones.

Devant cet amaigrissement rapide, on réduisit la dose de corps thyroïde à 2 grammes par jour, et on le supprima entièrement au bout de trois mois de traitement. A partir de cette époque, un phénomène inverse se produisit du côté de l'excrétion de l'azote. Le volume des urines resta normal, la densité diminua sensiblement et oscilla autour de 1017. L'urée descendit progressivement à 15, 10, 8 et même 5 grammes par litre. Mais le poids du malade ne subit aucun accroissement.

Nous n'avons pas constaté, sous l'influence de la médication thyroïdienne, l'augmentation des phosphates urinaires signalés par Roos[3] et Canter[4]. Leur quantité moyenne a été de 1 gr. 30 à 1 gr. 40 par litre. En revanche, les chlorures ont oscillé entre 12 et 16 grammes.

L'amaigrissement considérable de notre malade a eu pour effet de faire disparaître ou d'atténuer fortement l'hypertrophie de certaines régions et surtout des mains. La fonte des parties molles, tissu cellulaire et muscles, avait enlevé aux mains leur aspect de battoir. Aux pieds, la modification fut moins sensible.

En revanche, le prognathisme et la cyphose paraissaient accentués. Mais il est bien évident que les phénomènes essentiels de

1. Dinkler, *Munsch. medic. Wochensch.*, juin 1896.
2. Irsai, Vos et Gara, *Deutsche med. Wochensch.*, juillet 1896.
3. Roos, *Zeitsch. f. physiol. chimie.*, XXI, I.
4. Canter, *Ann. de la Soc. de méd. de Liège*, janvier 1895.

l'acromégalie n'avaient reçu aucune amélioration et qu'ils étaient simplement dénaturés.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux qui ont été publiés par R. Parson's[1] en 1894, qui obtint seulement, dans son cas, une diminution de la céphalalgie qu'il attribuait, d'ailleurs, à la suggestion. M. le professeur Mossé[2] a rapporté à la Société de biologie un cas d'acromégalie amendé par la médication thyroïdienne. Mais le résultat définitif ne fut pas favorable, car le malade mourut et, à l'autopsie, l'on trouva un sarcome fasciculé de la glande pituitaire. Les tablettes de corps thyroïde n'eurent pas non plus de résultat appréciable dans un cas de Mendel[3]. Schultze[4] a trouvé que les effets du traitement étaient plutôt fâcheux. Le seul cas qui semble favorable est celui de L. Bruns[5], de Hanovre, qui obtint, chez une jeune femme de vingt-quatre ans, la disparition de troubles nerveux graves, et même une diminution du volume des doigts. Encore cette dernière modification peut-elle être, comme pour notre malade, attribuée à l'amaigrissement. D'ailleurs, des phénomènes de tachycardie et d'anémie nécessitèrent la suspension du traitement.

La médication thyroïdienne semble donc avoir une influence, inconstante d'ailleurs, sur la céphalalgie des acromégaliques. On ne connaît pas de cas où elle ait agi favorablement sur l'évolution de la maladie elle-même. En tout cas, il est démontré qu'elle cause un amaigrissement rapide, qui doit en faire surveiller l'emploi.

Aussi, malgré que le nombre des observations soit encore assez peu considérable pour permettre de porter un jugement définitif, il nous semble que la question de la valeur thérapeutique des principes thyroïdiens dans l'acromégalie est bien près d'être résolue par la négative.

1. Parson's. *Semaine méd.*, 3 janvier 1894.
2. Mossé, *Société de biologie*, 26 octobre 1895.
3. Mendel, *Société de médecine de Berlin*, 27 novembre 1895.
4. Schultze, *XIVe Congrès allemand de méd. interne*, avril 1896.
5. L. Bruns, *Semaine médicale*, 1896. Annexes, II.

M. Ritti, président : « Messieurs, nous sommes arrivés au terme de nos travaux. Avant de lever cette dernière séance, il m'est doux de vous féliciter de votre zèle, de votre assiduité. Grâce à vous, cette huitième session de notre Congrès annuel ne le cèdera en rien aux précédentes. Les questions étudiées par vos savants rapporteurs ont provoqué des discussions intéressantes; les communications particulières ont été aussi nombreuses que dans les Congrès antérieurs, et ont porté sur les sujets les plus variés de la neurologie et de la psychiatrie.

Un point sur lequel vous voudrez bien me permettre d'appeler votre attention, c'est l'indispensable nécessité de serrer de plus près la question dans la discussion des rapports envoyés d'avance aux membres du Congrès. Je sais bien que ce qui s'est passé cette année pour la question du *Diagnostic de la paralysie générale* n'arrive que trop souvent dans toutes les Sociétés savantes : on parle à côté du sujet en discussion ; mais il serait à désirer que, dans l'intérêt même de nos réunions, on apportât aux séances le plus grand nombre de faits pouvant éclaircir les points en litige. Aussi je prends la liberté de recommander à nos collègues des asiles de réunir dès maintenant les faits à leur connaissance dans leurs services concernant les deux questions mises à l'ordre du jour du Congrès d'Angers. *Ars tota in observationibus*, a-t-on dit avec raison; et, pour résoudre des problèmes tels que la *folie post-opératoire* et les *délires transitoires au point de vue médico-légal*, comme d'ailleurs tous les problèmes cliniques, il faut réunir beaucoup de faits. C'est de leur réunion, puis de leur comparaison, que pourront sortir quelques vérités utiles à notre spécialité. Réunissez donc des faits, Messieurs, et apportez-les au Congrès d'Angers, ou envoyez-les à nos rapporteurs qui, j'en suis convaincu, seront heureux de les insérer dans leurs rapports, et ceux-ci deviendront ainsi des documents importants pour la discussion.

Je termine, Messieurs, en adressant encore une fois l'expression de toute notre gratitude à tous ceux qui nous ont facilité notre tâche et ont montré de la sympathie à notre œuvre. Je déclare close la huitième session du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes.

La séance est levée vers quatre heures.

M. le doyen de la Faculté de médecine s'était mis à la disposition des congressistes pour la leur faire visiter. Tous s'empressèrent de le suivre, et avec lui on parcourut successivement les laboratoires, les salles de travail, la bibliothèque. Cette visite, qui dura plus d'une heure, ne fut point sans profit ; elle permit en tout cas de constater que la Faculté de Toulouse, quoique jeune encore, est en très bonne voie d'organisation, et qu'elle est à même de répartir fructueusement l'instruction médicale parmi les générations de plus en plus nombreuses d'étudiants qui viennent se grouper autour d'elle.

EXCURSION FINALE A BAGNÈRES-DE-LUCHON

Samedi 7 et dimanche 8 août.

Le Congrès a terminé la veille au soir ses travaux. Il ne lui reste plus, suivant un agréable usage, qu'à faire une excursion finale, une promenade, bon temps de repos, juste couronnement d'une semaine activement employée à l'étude et aux discussions scientifiques.

C'est à Bagnères-de-Luchon qu'on va se rendre. Cette station thermale, qui est une des perles des Pyrénées, d'aucuns disent la principale, et qui en tout cas est un des joyaux du département où le Congrès tenait ses assises, était tout naturellement le but indiqué.

Dès le mois d'avril précédent, le secrétaire général du Congrès s'était mis en rapport avec M. Bonnemaison, maire de Luchon, le priant de demander à son Conseil municipal qu'on voulût bien accueillir les congressistes et faire un peu de fête en leur honneur.

Une objection fut d'abord soulevée : c'est que le moment de l'excursion coïnciderait avec celui de la plus grande affluence des baigneurs et des touristes, avec celui où les habitants de Luchon s'appartiennent fort peu, où les places sont rares dans les hôtels et les maisons particulières, et l'on craignait que la réception faite aux congressistes fût moins belle, sinon moins cordiale qu'on voudrait la faire.

Mais de deux choses l'une : ou il fallait renoncer à aller à Bagnères-de-Luchon, ou il fallait passer outre aux difficultés du moment.

C'est à ce dernier parti que l'on s'arrêta des deux côtés, et, à la fin de mai, M. le Maire de Luchon pouvait nous écrire que, dans une séance récente, le Conseil municipal ayant à cœur de recevoir dignement le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, avait décidé qu'il leur ferait une réception à laquelle il donnerait tout l'éclat possible et qu'il leur offrirait un banquet. De leur côté, les hôteliers et les guides feraient de leur mieux pour favoriser le séjour des congressistes.

Les choses étaient ainsi décidées lorsque survinrent les terribles inondations qui dévastèrent une partie du département de la

Haute-Garonne, notamment dans la région montagneuse, et le territoire de Bagnères-de-Luchon ne fut pas un des moins éprouvés.

Aussitôt, le secrétaire général crut de son devoir d'écrire à M. le Maire de Bagnères-de-Luchon pour lui dire qu'en de telles circonstances il ne se croyait plus justifié de demander à la ville de s'imposer les frais de la réception promise.

Mais après en avoir délibéré avec son Conseil, M. le Maire déclara que rien ne devait être changé à ce qui avait été décidé, et que, tout en tenant compte des circonstances, la ville ferait de son mieux.

Il était impossible de montrer meilleure volonté ; il y aurait eu mauvaise grâce à ne pas accepter, et l'excursion à Bagnères-de-Luchon fut désormais résolue et certaine.

Pour la faciliter, la compagnie des chemins de fer du Midi, à l'obligeance de laquelle nous devons rendre justice, accorda de son côté que des billets d'aller et retour, à prix exceptionnellement réduits, qui d'ordinaire ne sont valables que du samedi au lundi, seraient valables pendant huit jours pour les congressistes sur la présentation de leur carte de membres du Congrès.

Trente-sept personnes étaient inscrites pour prendre part à l'excursion. Le départ de Toulouse se fit par petites bandes. Dès le vendredi soir, après la fin des travaux, quelques-uns s'étaient mis en route ; d'autres le firent dès le samedi matin. Le gros de la troupe quitta Toulouse à une heure, le samedi.

Rendez-vous avait été pris à la gare de Bagnères-de-Luchon pour l'arrivée du train qui emportait le principal groupe, et presque tout le monde y fut exact.

Une des salles d'attente de la gare avait été décorée par les soins de la municipalité luchonnaise. M. le Maire, entouré d'un grand nombre de conseillers municipaux, nous y attendait pour nous souhaiter la bienvenue et nous adresser l'allocution suivante :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS LES CONGRESSISTES,

Après avoir tenu de grandes assises scientifiques dans la capitale du Sud-Ouest, vous venez parmi nous vous délasser de vos travaux.

La ville de Luchon est heureuse et fière de recevoir des visiteurs tels que vous !

Jalouse de son renom d'hospitalité, la reine des Pyrénées eût

voulu vous faire une réception plus ample et plus digne de vous, à une date mieux choisie, qui ne concordât point avec l'affluence des baigneurs. Mais si, par suite de nécessités inflexibles, notre accueil n'est point exclusif, il n'en est pas moins empressé, et s'il perd en magnificence, il gagnera, j'en suis sûr, en agrément, au contact des amis fidèles de notre chère station.

Nous ferons, d'ailleurs, tout ce qui dépendra de nous pour que vous emportiez de votre séjour la meilleure impression.

Au nom du Conseil municipal, au nom de tous mes compatriotes, je vous souhaite la plus cordiale bienvenue, à vous, Monsieur le Président, à vous tous, Messieurs, ainsi qu'à vous, Mesdames, qui avez bien voulu accompagner MM. les Congressistes.

Ces paroles fort aimables de bienvenue charment tout le monde et créent immédiatement l'aisance et l'affabilité des relations entre les congressistes et leurs hôtes. M. Ritti le témoigne par quelques paroles de sincères remerciements, et les assistants se serrent cordialement la main.

L'accueil ainsi fait, on se met en route. Des voitures, réservées aux congressistes, les attendaient à la gare pour les porter jusque dans l'intérieur de la ville. L'entrée dans Luchon se fit ainsi d'une manière imposante.

Chacun se rendit d'abord à l'hôtel qui lui avait été désigné. M. Em. Noguès et M. Parant fils, qui avaient, en fourriers obligeants et dévoués, devancé les congressistes, avaient, de concert avec M. le Maire, dressé une liste de répartition par groupes sympathiques. Les billets de logement avaient été remis dès l'arrivée en gare, et l'installation de chacun put se faire sans la moindre difficulté.

Les choses marchaient bien, et il n'y avait qu'à attendre l'heureuse issue de la promenade. Nous devons cependant constater que le ciel ne s'était point mis de la partie : il était nuageux, couvert; il le resta tout le temps de notre séjour et ne permit pas aux congressistes d'admirer les splendeurs des montagnes où trône la cité que non sans raison on a appelée la reine des Pyrénées.

Le soir, après que chacun eut dîné de son côté, on se retrouva au Casino, dont les directeurs n'avaient pas voulu être en reste avec la municipalité luchonnaise. Ils avaient gracieusement ou-

vert leurs portes aux congressistes et fait, eux aussi, fête en leur honneur.

Un concert y était organisé, suivi d'une fantasia, avec le concours des guides luchounais et de la fanfare municipale, et ces attractions, qui réussirent à souhait, nous procurèrent une agréable soirée.

Dans la matinée du dimanche, rendez-vous était pris pour la visite des Thermes. Les médecins de Luchon avaient assumé avec empressement la tâche de nous les faire visiter. Ils se partagèrent les congressistes par petits groupes et les conduisirent partout; on leur fit même parcourir les galeries de captage, brillamment éclairées pour la circonstauce, à l'aide de lanternes vénitiennes et de feux de bengale. Ceux qui y pénétrèrent durent, à cause de l'extrême chaleur qui y règne, revêtir un costume qui ne se composait que d'un simple peignoir. Grâce à l'obligeance de nos confrères on put se rendre un compte exact et complet des ressources merveilleuses de cet établissement admirable, où les vertus des eaux sulfureuses sont utilisées de la manière la plus fructueuse et où le confortable ne laisse rien à désirer.

A midi, départ pour la vallée du Lys. Vingt et une voitures emportaient les congressistes, dont quelques-uns, habiles cavaliers, avaient préféré prendre de fringants coursiers. En dépit des nuages, on admire la route, dont les beautés se laissent suffisamment bien pénétrer. Au fond de la vallée on admire encore les belles cascades, l'encadrement merveilleux des montagnes boisées. Si le ciel eût été découvert on eût joui de l'incomparable spectacle que donnent les glaciers qui dominent la vallée.

Quelques-uns, les tranquilles, restent là où les voitures les ont amenés; les autres, intrépides, continuent à pied leur route; ils vont contempler la curiosité fantastique qui se nomme la rue d'Enfer, et malgré la rudesse du chemin, malgré la fatigue qui ne tarde pas à gagner des jambes non habituées à marcher dans les montagnes, ils reviennent au bout de trois heures déclarant que, comme feu Titus, ils n'ont pas perdu leur journée.

Vite en voiture, le temps presse; il faut rentrer à Bagnères-de-Luchon pour le banquet qui nous attend. La route, dont la montée avait été rude en venant, se fait au retour avec une grande rapidité. Les petits chevaux dévorent l'espace, les cochers les guident avec sûreté au milieu de méandres dont l'élévation au-dessus du torrent fait jeter à quelques dames des cris d'inquiétude. Mais on arrive sain et sauf, et la pensée d'un danger

imaginaire évité est venue ajouter un charme de plus à la promenade.

C'est dans la salle de théâtre du Casino qu'avait lieu le banquet offert aux congressistes. La salle est bien aménagée; les tables, ornées de fleurs, ont un aspect séduisant.

M. le Maire de Luchon préside. Près de lui sont M. Ritti et M. le Dr Azémar, conseiller général du canton de Bagnères-de-Luchon. Les convives sont les congressistes et MM. les membres du Conseil municipal de Luchon, M. le directeur des Thermes et M. le directeur du Casino, des femmes de congressistes, des notabilités, parmi lesquelles nous avons eu grand plaisir à reconnaître **Henriot**, l'artiste aimable et complaisant qui avait dessiné l'encadrement du menu du banquet de Toulouse.

Le menu que nous avions aujourd'hui était appétissant :

Consommé croûte en pot
Saumon sauce homard
Culotte de bœuf braisée bourgeoise
Petits pois à la française
Dindonneaux rôtis
Salade
Glace vénitienne
Gauffrettes. — Dessert

VINS

Graves en carafe
Saint-Georges
Pomard décanté 1887
Champagne frappé
Café, fine champagne 1865

Repas des plus animés au cours duquel, à diverses reprises, on fit trêve aux conversations pour entendre quelques-uns des meilleurs musiciens de l'orchestre du Casino.

Au moment du dessert, **M. le Maire** se lève et prend la parole :

« Ce banquet, me disiez-vous tout à l'heure, M. le Président, marque la clôture de votre Congrès.

Je vous remercie, Messieurs, d'être venus parmi nous terminer de si charmante manière votre réunion. Soyez convaincus que le souvenir de votre visite restera gravé dans notre mémoire.

Vous appartenez, Messieurs, à ce corps médical français qui se révèle à tous avec ses nobles traditions de savoir, de tact, d'abnégation, de dévouement.

Votre champ d'exploration est relativement limité; votre activité s'exerce plus spécialement sur les organes les plus délicats de l'être humain; vos observations fouillent les incohérences de la pensée ou les phénomènes si complexes du système nerveux. Et lorsque, grâce à de patientes investigations, vos efforts sont couronnés de succès; lorsque vous avez fait jaillir la lumière dans un cerveau qui s'était fermé au monde extérieur; lorsque vous avez soulagé une douleur ou rendu vigueur et souplesse à l'organisme épuisé, vous avez honoré la science, vous avez bien mérité de l'humanité.

Au nom de la ville de Luchon, je lève mon verre en l'honneur des médecins aliénistes et neurologistes, bienfaiteurs des faibles, bienfaiteurs des délicats; en votre honneur aussi, Mesdames, qui suivez si vaillamment vos savants maris et dont la grâce exquise rehausse toujours l'éclat de nos fêtes. »

Une triple salve d'applaudissements accueille ces éloquentes paroles.

M. Ritti se lève à son tour :

MONSIEUR LE MAIRE,
MESDAMES, MESSIEURS,

« C'est la première fois que je viens dans cette cité enchanteresse de Luchon, à laquelle les uns demandent la santé, d'autres le plaisir, et je vous avoue en toute sincérité que, depuis le premier contrefort des Pyrénées, je marche d'enchantements en enchantements.

Né au pied des Vosges, à l'ombre des grands sapins d'une poésie un peu mélancolique, mon sentiment des beautés de la nature s'est accru ici, à la vue de ces cîmes élevées, dans des proportions gigantesques, et j'emporterai de cette trop rapide excursion, que je me promets bien de refaire prochainement — j'emporterai, imprégnés sur ma rétine, toute une série de tableaux d'une majestueuse grandeur.

Mais je suis sûr d'être le fidèle interprète de tous mes collègues du Congrès en affirmant que tous nous emporterons aussi

l'inoubliable souvenir de la réception si brillante, si cordiale de la ville de Luchon, qui a fait pour de modestes savants ce qui ne s'accorde d'ordinaire qu'aux grands de ce monde.

Au nom du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, j'adresse nos plus profonds, nos bien sincères remerciements à M. le Maire, à toute la municipalité, pour leur gracieuse hospitalité dont nous avons le droit d'être fiers, qui restera toute notre vie gravée dans notre mémoire.

Je lève mon verre en l'honneur de la ville de Luchon, la reine des Pyrénées, en l'honneur de son aimable et distingué maire, en l'honneur de son Conseil municipal.

L'efficacité thérapeutique des eaux de Luchon a une réputation plusieurs fois séculaire. Ce qui augmente encore cette efficacité, c'est la valeur scientifique des médecins, gardiens vigilants de ces naïades sulfureuses, dont ils connaissent toutes les vertus et aussi les nombreux caprices. Nous avons pu apprécier, ce matin, le savoir et le mérite de nos excellents confrères; ils ont bien voulu, sous forme d'une leçon de choses, nous faire assister à une véritable clinique thérapeutique des sources de Luchon. Je leur adresse du fond du cœur, et avec un sentiment des plus confraternels, mes meilleurs, mes sincères remerciements. Je bois à tout le corps médical de Luchon, à ses succès thérapeutiques.

Et maintenant, chers collègues, avec cette dernière coupe de champagne va s'évanouir notre rêve — un beau rêve que nous vivons depuis huit jours, depuis cette séance mémorable de la salle des Illustres du Capitole de Toulouse, où nous inaugurions solennellement les bustes des deux grands maîtres en aliénation mentale, Pinel et Esquirol.

Certes, nos travaux scientifiques, les débats qu'ils ont soulevés dans nos nombreuses séances, ne passeront pas inaperçus; je suis convaincu qu'ils marqueront dans notre spécialité. Mais, à côté de ce labeur, but de nos réunions, nous sera-t-il possible de jamais oublier cette série de fêtes brillantes offertes par la ville de Toulouse, par l'asile de Braqueville, et qui se termine ici en apothéose comme au dernier acte d'une féerie, dans le décor le plus splendide, le plus magnifique qu'on puisse imaginer?

Avant de nous séparer, mes chers collègues, il est du devoir de

votre président d'exprimer une dernière fois notre entière gratitude à tous ceux qui ont contribué au succès de notre huitième Congrès annuel. Merci, mille fois merci, merci de tout cœur à la ville de Toulouse et à sa municipalité, au département de la Haute-Garonne et à la direction de l'asile de Braqueville, à la ville de Luchon et à son maire! Merci encore une fois à notre excellent secrétaire général, à qui, véritable organisateur de la victoire, est dû le succès du Congrès; merci à vous, mon vieil et cher ami Parant, qui avez tout fait et tout bien fait!

Pour ne pas laisser tomber ce beau Congrès dans l'oubli, relions-le à l'avenir et buvons au Congrès d'Angers, qui sera le digne successeur de celui de Toulouse; buvons à son président, à mon éminent confrère et ami M. Motet, dont la science et le caractère sont universellement appréciés; buvons à son secrétaire général, M. Petrucci, dont le savoir étendu, dont le long passé de probité et d'honneur professionnel vous sont bien connus.

Je termine, mes chers collègues; mais il me semble que je n'aurais pas tout dit si je ne vous exprimais une dernière fois tout ce que mon cœur contient de reconnaissance pour vos votes unanimes qui m'ont appelé à cette présidence du Congrès de Toulouse, que je considère comme le plus grand, le plus doux honneur de ma vie. »

M. Parant demande à dire, lui aussi, quelques mots et s'exprime ainsi :

Mes chers Confrères,

« Notre président vient d'adresser nos remerciements à M. le Maire, à la municipalité et à la ville de Luchon. Il l'a fait dans des termes qui ont bien traduit nos sentiments et nos pensées. S'il avait été possible de le faire aussi bien que lui, je serais tenté de regretter qu'il ne m'eût pas laissé le soin de le faire, car cela m'aurait permis de rendre, devant vous, un public et éclatant hommage à la bienveillance, à l'empressement avec lesquels on nous a reçus, à la bonne volonté qu'on a mise, en dépit des difficultés de la saison, à régler les choses comme nous le désirions, à disposer tout pour notre plus grand agrément et notre plus grande satisfaction. Mais mon cher ami Ritti a été notre excel-

lent interprète, et je me trouve n'avoir rien à ajouter à ce qu'il vient de dire à ce sujet.

Vous me permettrez cependant, Messieurs, d'y ajouter un mot sur un autre point. Grâce à l'amabilité de M. le Maire, nous avons la bonne fortune d'avoir auprès de nous, parmi les convives, l'artiste délicat qui nous a donné les dessins du menu de notre banquet de Toulouse. Vous le connaissez de réputation, Messieurs. Je n'ai pas besoin de vous dire que son talent, piquant, mais sans violence, mordant, mais sans amertume, d'une finesse humouristique qui ne se dément jamais, toujours plein d'esprit et d'à-propos, est de nature vraiment française, et que si c'est un bonheur, c'est également un honneur de l'avoir près de nous. Je vous ai dit, Messieurs, avec quel empressement il nous avait donné les charmants produits de sa plume que vous connaissez. Je vous demande donc, après les toasts que vous venez de porter, d'en ajouter un spécial pour lui, et de lui dire avec moi : M. Henriot, merci! »

La proposition de M. Parant est si bien accueillie que l'on bat, en l'honneur de M. Henri Maigrot, pardon! de M. Henriot, un ban redoublé, et l'on aurait peut-être recommencé encore s'il n'avait fallu précipitamment lever la séance pour aller jouir d'un feu d'artifice que l'administration du Casino faisait tirer en nôtre honneur. Malgré les nuages qui continuaient obstinément à couvrir le ciel, c'était bien beau de voir, au milieu de la nuit, sur les montagnes, dans l'encadrement splendide, féerique, qui entoure la ville de Luchon, l'effet produit par les feux scintillants que les fusées portaient au plus haut des airs. Une fois de plus, les congressistes qui ne connaissaient pas la reine des Pyrénées pouvaient se convaincre qu'on ne leur en avait pas exagéré les merveilles. O vous, confrères aliénistes et neurologistes qui n'étiez pas avec nous, qui n'aviez pas pris part au Congrès, ne vous pendez pas, mais regrettez de n'y être pas venus !

Après le feu d'artifice on rentre dans les salles du Casino, on prend le café, on savoure de délicieuses liqueurs, cependant que M. Henriot, la plume à la main, dessine sous les yeux des congressistes, mais spécialement pour les dames, une série de croquis qui, bien que troussés en un clin dœil, portent la marque d'une main de maître, et qui sont aussitôt ornés d'une légende dont l'à-propos se marie admirablement au dessin. Ah! M. Henriot, vous êtes habile, mais vous êtes aussi bien complaisant!

Onze heures! minuit! La fête se termine; les congressistes qui y ont participé n'oublieront pas l'aimable et avenante hospitalité qu'ils ont trouvée; ils se rappelleront Luchon, la ville aux eaux bienfaisantes, la ville au séjour enchanteur. Et le Congrès de Toulouse se termine aussi, ayant ajouté une unité de plus à celles où les aliénistes et les neurologistes ont trouvé déjà de si agréables occasions de s'instruire et de fraterniser ensemble.

EXCURSION DU BACANÈRE

Lundi 9 août.

Cette excursion étant en quelque sorte hors Congrès, nous n'en dirons que peu de mots.

Au matin, vingt-quatre excursionnistes, cinq guides et deux porteurs étaient, dès six heures, réunis près de l'établissement thermal. Bien qu'on se fût couché tard la veille au soir, personne ne s'était fait tirer l'oreille pour venir au rendez-vous.

Le temps est couvert, les guides ne sont pas rassurants sur la journée. Partira-t on? ne partira-t-on pas? On se décide enfin, et en route, à la grâce de Dieu. On monte à cheval et l'on défile.

La cavalcade s'échelonne; on gagne les premiers contreforts de la montagne; on monte, on monte encore. On a vue sur la vallée dont le coup d'œil est enchanteur. Mais les nuages ne se dissipent point; on monte toujours, et il est près de midi quand on arrive au sommet du Bacanère, 2,200 mètres d'altitude.

Quel beau spectacle on aurait pu avoir de là. Mais, hélas! les nuages couvrent tout. Splendides glaciers de la Maladetta et des Crabioules, admirables vallées de Luchon et d'Aran, plaines de la Garonne, où êtes-vous? Les excursionnistes en sont réduits à ne les connaître que par les descriptions enthousiastes de ceux qui les ont vus et admirés.

Cependant l'appétit n'a rien perdu de ses droits. On s'installe auprès d'une source abondante et limpide, on fait honneur à un déjeuner copieux suivi d'un café réconfortant. S'il y avait fatigue, ce n'était point pour les langues, qui, tout en retournant les mets, répandaient à profusion les paroles.

Mais voici que les nuages deviennent subitement plus épais, ils ont descendu un peu plus et nous enveloppent. Il faut partir. Les guides, empêchés de surveiller tout leur monde et craignant quelque accident, décident qu'on commencera par descendre à pied; on se met à la queue leu-leu, gens et bêtes se suivant dans l'étroit sentier. C'était un effet de brouillard des plus réussis où chacun ne voyait guère plus loin que le bout de son nez.

On en sort enfin; on remonte à cheval, et cahin-caha on gagne le fond de la vallée. Aux approches de Luchon on se met en troupe

et le spectacle n'avait pas que d'être quelque peu intéressant, assez rare en tout cas dans la ville, de ces trente cavaliers, retour d'une même excursion, qui se suivaient en colonne, trois à trois, et se donnaient un air aussi imposant que possible.

On est revenu au point de départ; on se félicite de la journée en dépit des lacunes, on se serre la main, on se dit au revoir, à l'année prochaine. L'Anjou n'aura pas de montagnes à nous offrir, mais il aura la Loire et bien d'autres merveilles. Et puis, c'est un si bon pays! Adieu donc jusqu'à l'année prochaine!

UN DERNIER MOT

Le secrétaire général du Congrès de Toulouse devrait peut-être rappeler ici les noms de tous ceux qui l'ont aidé à organiser le Congrès, qui lui en ont donné les moyens de le faire, qui ont été les agents principaux d'un succès que nous croyons incontestable. Mais que pourrait-il ajouter de mieux à ce qui, sur ce sujet, a été dit, suivant l'occasion, au cours même du Congrès? Nous croyons que personne n'a été oublié, que tout le monde a reçu les félicitations et les justes remerciements auxquels il avait droit. On nous permettra donc de n'y point revenir, et de nous borner à dire à tous collectivement un dernier merci ému et reconnaissant. Nous devons cependant combler une lacune : c'est de remercier également les compagnies de chemins de fer, qui toutes, cette année, avec une unanimité qui se produisait pour la première fois, et que nous tenons à proclamer, ont accordé aux congressistes la demi-place pour se rendre de leur résidence à Toulouse. Bien plus, il s'en est trouvé qui étendant encore plus loin leurs faveurs, ont accordé cette demi-place aux femmes des congressistes. Nous avons tout lieu d'espérer qu'elles continueront à nos Congrès ces marques de bienveillance qui sont un élément important et incontestable de succès, et pour lesquelles elles ont droit à nos remerciements les plus vifs et les plus sincères. Nous n'avons garde d'oublier, dans notre gratitude, ceux de nos confrères à l'intervention obligeante de qui nous le devons, et au premier rang desquels nous trouvons M. Brissaud.

Avant de clore définitivement ces comptes rendus, qu'on nous permette de dire un mot au sujet d'une mesure importante que, de concert avec notre président, nous avons cru devoir prendre, et de répondre aussi à des — comment dirons-nous ? — remarques, réclamations, critiques, amicales d'ailleurs, qui ont été formulées.

La mesure dont il s'agit a consisté en ce que les rapports, au lieu d'être distribués deux fois, une première en fascicules séparés, une seconde en un seul volume, ne l'ont été qu'une seule fois de la deuxième manière. Deux ou trois de nos confrères, pas plus, croyons-nous, ont exprimé des regrets sur l'abandon de l'usage ancien. Nous convenons que celui-ci avait des avantages. Les rapports isolés étaient plus faciles à emporter avec soi, à manier dans les discussions du Congrès. La perspective d'en recevoir un second exemplaire empêchait de craindre de froisser le premier, de le détériorer, de le couvrir d'annotations. Mais malgré ces avantages réels, la mesure que nous avons prise était nécessaire, et nous croyons qu'elle s'imposera définitivement à nos successeurs aussi bien qu'à nous. Il y a à cela un motif primordial et grave d'économie, et si nous ne l'avions pas prise nous aurions certainement été au-devant d'un déficit considérable. Les rapports prennent plus d'ampleur que dans les premières années de nos réunions. Ne nous en plaignons pas, puisque nous y trouvons des études fortes, consciencieuses, des travaux remarquables, des monographies importantes mettant bien au point la science actuelle. D'autre part, les communications particulières, sans être plus nombreuses, deviennent aussi plus longues et plus documentées. Il résulte de tout cela des frais d'impression de plus en plus grands, que les subventions et les cotisations, après affectation spéciale aux frais généraux, parviennent à peine à couvrir, et certainement cette année, si nous n'avions pas été tranquillisé par les réserves que nos prédécesseurs, les secrétaires généraux de Bordeaux et de Nancy, plus heureux ou plus habiles que nous, avaient pu conserver, nous aurions dû restreindre la publication des communications faites à Toulouse. L'économie réalisée par la publication unique des rapports et par la suppression de frais d'envoi qui en est résultée est d'environ 300 francs. Nos successeurs devront compter avec des moins-values dans les recettes; ils devront s'attendre à avoir devant eux des frais qui peuvent aller en augmentant. Force est donc de ne négliger aucune économie. Un des articles du règlement du Congrès autorise à ne publier que par extraits les mémoires dont les développements sont trop considérables. Jusqu'ici cet article n'a reçu que des applications restreintes; il aura peut-être besoin d'être généralisé. Quoi qu'il

en soit, nous estimons avoir pris cette année une initiative raisonnable et utile en ne publiant les rapports qu'une seule fois.

Passons maintenant aux observations dont nous avons parlé.

On a trouvé qu'il eût peut-être mieux valu ne pas accumuler successivement la discussion des trois rapports dans les trois premières séances. Nous convenons qu'il pouvait résulter de là une sorte de surmenage, s'il est à propos d'employer un mot aussi fort, et qu'il n'y avait pour ainsi dire pas de répit. A cela nous répondrons que, dans nos Congrès, la discussion des rapports est la chose capitale, et qu'il importe d'y voir assister le plus grand nombre possible de congressistes. Or, qui ne sait qu'un certain nombre d'adhérents sont dans l'impossibilité, pour une cause ou pour une autre, d'assister au Congrès tout entier? Quelques-uns sont obligés de partir dès le troisième ou le quatrième jour. Il nous paraît donc à la fois juste et nécessaire d'amener, avant leur départ, l'examen des questions qui ont été spécialement mises à l'ordre du jour, et c'est ainsi que leur attribution s'impose aux premières séances.

On a exprimé le regret que les communications particulières, en dehors des questions du programme, n'aient pas été groupées par ordre d'affinité, ce qui en aurait facilité l'audition et la discussion, et aurait évité quelques redites. Pour qu'un groupement de ce genre fût vraiment possible, il faudrait d'abord que plusieurs communications eussent des relations réelles les unes avec les autres; et cela, sauf pour les communications ayant trait aux questions mises à l'ordre du jour, n'existait guère dans notre Congrès, comme on peut s'en convaincre en examinant celles qui ont été faites. Mais alors même que le groupement serait possible, alors qu'on essaierait de faire ce que nous en avons fait, comme on a pu le voir par les ordres du jour quotidiennement distribués, en essayant d'amener à propos de chaque question les communications qui s'y rapportaient, on se heurtera sans doute toujours à des obstacles invincibles contre l'efficacité du groupement. Ces obstacles consistent, tantôt en ce que c'est celui qui doit prendre la parole qui est absent au moment voulu, et naturellement on ne peut l'attendre, tantôt en ce qu'un membre, pour un motif ou pour un autre, demande à lire hors de son tour. Peut-on le lui refuser? Le président aura beau vouloir garder chaque chose à sa place, et nous savons

que notre président M. Ritti s'est donné beaucoup de mal pour le faire, il n'y pourra réussir.

Lorsque ceux qui ont exprimé le regret dont il s'agit seront appelés à la présidence de nos Congrès, ce que nous leur souhaitons d'ici peu, ils pourront se convaincre qu'il est impossible de suivre l'ordre le mieux établi, et jamais, croyons-nous, aucun, en dépit de la meilleure volonté, n'y réussira.

A-t-on fait encore d'autres observations, d'autres critiques? Peut-être. A quoi n'en trouverait-on pas à faire? Mais peut-être aussi serait-il facile d'y répondre comme il l'a été pour celles que nous venons de spécifier.

Ce qui est d'ailleurs important, c'est que chacun s'efforce d'aider à la bonne marche des choses. Les critiques, fondées ou non, peuvent servir à une meilleure organisation des Congrès futurs, et contribueront certainement à former l'expérience de leurs présidents et de leurs secrétaires généraux.

Souhaitons, en fin de compte, que la cordialité et la bonne entente qui ont régné dans les Congrès passés règnent dans les Congrès à venir; souhaitons que ceux de nos confrères, aliénistes ou neurologistes, qui, soit par indifférence, soit pour d'autres motifs également regrettables, ont omis jusqu'ici d'y participer, se décident à y venir. Ils verront qu'on y fait fructueuse besogne, que l'on y vit, pendant quelques jours, en bonne et cordiale confraternité, que l'on y fait d'aimables connaissances, et qu'on y peut recueillir des avantages importants, aussi bien au point de vue professionnel qu'au point de vue scientifique.

Victor PARANT.

ERRATA

Pages 325 et suivantes. — Dans la liste des adhérents, supprimer les as'érisques devant les noms de **MM. Camuset, Chaslin, Christian** et **Girma** et en mettre devant les noms de **MM. Robert** et **Semelaigne.**

Page 327. — Après le nom de **M. Levet**, au lieu de *Foins*, lire *Fains*.

Page 370, ligne 26. — Après les mots *à une véritable paralysie générale*, ajouter *ou à un semblant de paralysie générale*.

Page 588. — Dans le titre du haut de la page, au lieu de *vendredi 5 août*, mettre *vendredi 6 août*.

TABLE DES MATIÈRES



Toulouse. — Imp. Douladoure-Privat. — 6218

